

**UNIVERSIDAD DE SONORA
DIVISIÓN DE CIENCIAS BIOLÓGICAS Y DE LA SALUD
DEPARTAMENTO DE ENFERMERÍA**



**ESTUDIO DE CASO CON EL ENFOQUE DE VIRGINIA HENDERSON
A PERSONA POSTOPERADA DE REVASCULARIZACIÓN
CORONARIA**

ESTUDIO DE CASO

**Que para obtener el grado de
ESPECIALISTA EN ENFERMERIA EN CUIDADOS INTENSIVOS**

PRESENTA

Lic. Susana Guadalupe Núñez Luna

DIRECTOR

Dra. Sandra Lidia Peralta Peña

ASESORES

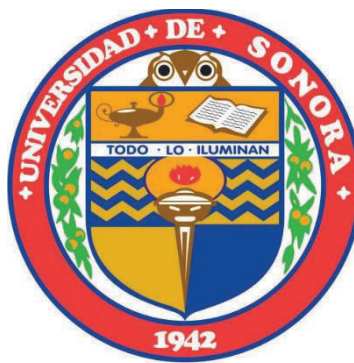
**Dra. María Rubí Vargas
C. Dr. Juan Alberto López González**

Hermosillo Sonora, México

Mayo de 2019

Universidad de Sonora

Repositorio Institucional UNISON



**“El saber de mis hijos
hará mi grandeza”**



Excepto si se señala otra cosa, la licencia del ítem se describe como openAccess

**ESTUDIO DE CASO CON EL ENFOQUE DE VIRGINIA HENDERSON A PERSONA
POSTOPERADA DE REVASCULARIZACIÓN CORONARIA**

**Dra. Sandra Lidia Peralta Peña
Director**

**Dra. María Rubí Vargas
Asesor**

**C. Dr. Juan Alberto López González
Asesor**

**Dra. Sandra Lidia Peralta Peña
Coordinador de Posgrado**

AGRADECIMIENTOS

Con rotundo júbilo me enorgullece elegir para mi vida profesional a la máxima casa de estudios del Estado de Sonora, ya que por segunda ocasión forma parte de mi desarrollo profesional, ya que el alma mater campus Hermosillo es mi forjadora en mi carrera de Licenciatura y ahora de Especialidad. La elección fue sencilla, un gran departamento con grandes académicos tiende a forjar a extraordinarios especialistas en la materia por lo que agradezco y admiro su capacidad de ser forjadores del conocimiento, comprometidos con la calidad de en la enseñanza a sus alumnos.

A la directora de mi estudio de caso Dra. Sandra Lidia Peralta Peña y a mis asesores Dra. María Rubí Vargas y C. Dr. Juan Alberto López, por su ayuda en la elección de este proyecto, dedicación y conocimientos compartidos apoyarme antes, durante y posterior a mis prácticas profesionales, así como ayudar en la redacción de este trabajo de titulación.

DEDICATORIAS

La gratitud es un valor que todas las personas tenemos en común, no importa qué edad se tenga o que situaciones se hayan vivido, aunque fuesen unos segundos todos la hemos sentido; a lo largo de la vida de cada persona, siempre existen alguna(as) persona(s) que con toda sinceridad y sin esperar algo a cambio, brindan apoyo en el momento más necesario. Por lo tanto, la gratitud es el valor donde recaen todas las dedicatorias que hayamos hecho, ya que con estas se agradece y se reconoce, la gran importancia que tuvieron para influir de una manera positiva en el desarrollo de cualquier situación, que para ese momento era prioritaria.

Por lo anterior mencionado, es que dedico este documento con todo mi amor y cariño a mi amado esposo Diego Jacob Martínez Guzmán, por apoyarme en continuar mis estudios a nivel posgrado y por creer en mi capacidad, aunque hemos pasado momentos difíciles siempre ha estado brindándome su comprensión, cariño y amor.

A mis padres y hermanas que con sus palabras de aliento no me dejaban decaer para que siguiera adelante, siempre perseverantes y cumpliera con mis metas.

Existe en mi fe, otra persona que influye en todos los sentidos; me refiero al prestador de vida, Dios, el cual me ha rodeado de muchas personas y circunstancias, ya sean positivas o negativas, estas han forjado al hijo, hermano, tío, primo, sobrino, amigo, compañero, profesionalista, que soy hoy en día, siempre estaré agradecido a él, por permitirme serlo y estarlo viviendo de esta manera.

"La gratitud es la memoria del corazón"

Jean Baptiste Massieu

ÍNDICE

Introducción	1
I. Planteamiento del estudio de caso	6
1.1 Antecedentes del caso	6
1.2 Justificación del estudio de caso	7
II. Marco teórico – referencial	9
III. Objetivos	13
3.1 Objetivo general	13
3.2 Objetivos específicos	13
IV. Valoración de enfermería	15
4.1 Datos de identificación	15
4.2 Antecedentes	15
4.3 Padecimiento actual	16
4.4 Historia de enfermería	18
4.5 Examen Físico	22
4.6 Resultados de exámenes de laboratorio e imagenología	27
4.7 Documentación	30
4.8 Diagnósticos de enfermería	36
4.9 Plan de cuidados	38
V. Conclusiones y aportaciones	101
Referencias bibliográficas	103
Anexos	111
1. Guía de valoración de enfermería basada en las 14 necesidades de Virginia Henderson	112
2. Escalas de valoración	125
3. Razonamiento diagnóstico	129

RESUMEN

Introducción: El estudio de caso se realizó en un adulto en estado crítico con diagnóstico médico de cardiopatía isquémica, postoperado de revascularización coronaria, atendido en un hospital de tercer nivel de atención de Hermosillo, Sonora, en el cual se proporcionó cuidados de enfermería de calidad basados en el enfoque teórico de Virginia Henderson.

Metodología: En el estudio de caso se empleó el instrumento de valoración de las 14 necesidades de Henderson; en el diagnóstico, objetivos e intervenciones, las taxonomías de la Asociación Norteamericana de Diagnósticos de Enfermería, la Clasificación de Resultados de Enfermería y la Clasificación de Intervenciones de Enfermería.

Resultados: Con base en los hallazgos se obtuvieron 11 diagnósticos de enfermería, de los cuales, enfocados al problema fueron en la necesidad de oxigenación: deterioro del intercambio de gases y limpieza ineficaz de vías aéreas; en la necesidad de termorregulación: hipotermia; en base a ellos se brindó atención de calidad enfocada en las necesidades del paciente.

Conclusión: La teoría de necesidades humanas sustentada en este trabajo, contribuye en la evidencia científica de la práctica de enfermería, y facilita la atención adecuada, eficiente y eficaz al paciente en estado crítico.

PALABRAS CLAVE

Estudio de caso, Teoría de enfermería, Adulto, Revascularización coronaria.

INTRODUCCIÓN

Una disciplina provee la visión del mundo y cómo el fenómeno de interés será descubierto, organizado, entendido e interpretado (1). La disciplina de enfermería (DE) ha logrado identificar el fenómeno de interés, al cuidado de enfermería y las experiencias humanas, como centro de interés para el desarrollo de su conocimiento, que le permite distinguirse de otras disciplinas afines. A partir de esto, ha desarrollado su propia jerarquía de conocimiento, la cual engloba cuatro categorías.

En el primer peldaño se encuentra el Meta-paradigma (seres humanos, ambiente, salud y enfermería) y el nivel filosófico (los supuestos, las creencias, perspectiva paradigmática y puntos de vista de la DE), es el nivel más abstracto. En la DE se ha logrado determinar tres paradigmas que estructuran la perspectiva de la disciplina (particular- determinístico, interactivo-integrador y el unitario- transformista), los cuales permiten el desarrollo del conocimiento de la disciplina (2). En el segundo nivel se encuentran los modelos que proporcionan formas alternativas de ver el fenómeno de interés de la DE. En el tercer nivel se encuentran las teorías, que se definen como ideas o conceptos y sus relaciones, que describen, explican o predicen un fenómeno, son derivadas de los modelos teóricos; este nivel abarca las grandes teorías, las teorías de rango medio y las teorías sobre situaciones específicas (3). El último nivel y menos abstracto, son los indicadores empíricos, que son la representación de los modelos y teorías en el mundo real (indicadores fisiológicos, cuestionarios, observación, entrevista y narrativa). Cada uno de estos niveles se maneja de lo más abstracto (primer nivel) a lo menos abstracto (cuarto nivel).

La perspectiva Filosófica de Virginia Henderson conceptualiza a enfermería, y su trabajo estableció e identificó las 14 necesidades de la persona. La enfermería la define como el profesional de la salud encargado de ayudar al individuo, enfermo o sano a realizar las actividades que contribuyan al recuperar o mantener su salud. Y a

su vez define al individuo como aquel que necesita de la ayuda de la enfermera para recuperar su salud e independencia. También establece que esta persona requiere cubrir 14 necesidades básicas, las cuales abarcan todos los componentes de la asistencia de enfermería (4).

El estudio de caso es un indicador empírico que se puede desarrollar apoyado del método de enfermería, con el propósito de adquirir conocimientos en relación a las experiencias humanas y al cuidado de enfermería a partir de una situación específica. Se entiende como estudio de caso a la herramienta que guía al profesional de enfermería en la reflexión y el análisis de las diferentes situaciones clínicas que se viven en el área hospitalaria en la relación de cuidado. Con la finalidad de contribuir al conocimiento científico, socializarlo, para que sirva a profesionales de enfermería que se encuentren en situaciones similares en su ámbito clínico, a resolver los problemas reales o potenciales relacionados con las necesidades humanas alteradas del paciente, para brindar una atención integral y de calidad (5).

El proceso de enfermería es la herramienta que el profesional de enfermería utiliza para brindar cuidados de enfermería de manera integral y holística. Este se define como un método sistemático y organizado para brindar cuidados de enfermería de manera holística y continúa; se centra en la identificación y tratamiento de las respuestas a las necesidades de salud reales o potenciales. Con el objetivo de ofrecer atención individualizada continua y de calidad, permitiendo al paciente participar en su cuidado. Está compuesto por 5 etapas que son la valoración, diagnóstico, planeación, ejecución y evaluación (6).

La etapa adulta es un extenso puente entre la infancia y la etapa del adulto mayor. La salud de la población adulta es de suma importancia, ya que abarca a la mayoría de la población económicamente activa de la sociedad, que son los responsables del sustento de sus hogares. Entre mejor salud tenga la población adulta mayor, mejor será su desempeño para desarrollar sus diferentes roles. Por eso es

transcendental conocer las principales causas de morbimortalidad de la etapa adulta, para brindar atención integral y con ello direccionar nuestras intervenciones y cuidados a las personas de acuerdo a un enfoque epidemiológico. En la actualidad las principales enfermedades son las no transmisibles, entre ellas las cardiopatías isquémicas y las enfermedades cerebrovasculares figuran a nivel mundial como las tres principales causas de morbilidad en adultos varones (7).

La cardiopatía isquémica también llamada cardiopatía aterosclerótica o cardiopatía coronaria (CC) ocurre cuando el flujo sanguíneo disminuye por la obstrucción total o parcial de las paredes arteriales que irrigan los músculos cardíacos por la reserva de placas ateromatosas; la aterosclerosis coronaria es un transcurso lento de formación de colágeno y acumulación de lípidos (grasas) y células inflamatorias (linfocitos). Estos tres procesos provocan el estrechamiento de las arterias coronarias (8).

La cardiopatía isquémica es el primer paso en desarrollo del infarto de miocardio (IM) que resulta de la muerte celular miocárdica debido a la isquemia prolongada, generando el desequilibrio entre el suministro y la demanda de oxígeno. La isquemia miocárdica se puede diagnosticar a partir de la historia clínica del paciente, la valoración del ECG, la analítica de sangre como los biomarcadores de lesiones miocárdicas e infarto: la tropinina I (cTnI) y T (cTnT), la radiografía de tórax, la ecocardiografía o ecocardiograma, la prueba de esfuerzo o ergometría y la tomografía computarizada coronaria. La sintomatología isquémica contiene varias combinaciones como: sensación opresiva en región torácica, en extremidades superiores, dolor mandibular o epigástrico durante el esfuerzo o en reposo, disnea o fatiga y náuseas; a veces los síntomas son difusos y pueden pasar horas antes de la necrosis, ya que puede prolongarse por el aumento de flujo colateral (9).

Si la isquemia miocárdica se muestra clínicamente por cambios en el ECG junto con una lesión miocárdica, que se presenta por el aumento y/o disminución de los

valores de la troponina, es adecuado un diagnóstico de IM agudo. Los pacientes con duda de síndrome coronario agudo (SCA) que se descartan para un IM con valores normales de biomarcadores cardíacos (\leq 99 percentil URL) pueden tener angina inestable o un diagnóstico alternativo. Estos pacientes deben ser valorados y evaluados con periodicidad (9).

El tratamiento inmediato del paciente con manifestación clínica del infarto de miocardio, es dependiendo de las diferencias patológicas, clínicas y pronósticas, en que se encuentre en el momento de la valoración (10).

El tratamiento en la fase aguda en el síndrome coronario agudo es hospitalización, vigilancia, y tratamiento farmacológico (ácido acetil salicílico, antiagregantes plaquetarios, anticoagulantes, betabloqueantes, analgésicos, nitroglicerina y trombolíticos o fibrinolíticos); si no presenta mejoría con la farmacoterapia o en pacientes con problemas más graves donde la medicación no es suficiente los tratamientos son de carácter urgente. Lo primero es la realización de la angioplastia o revascularización percutánea; para lo cual se requiere realizar una coronariografía o cateterismo coronario; estas pruebas permiten explorar las arterias coronarias mediante la introducción de un catéter en una arteria del brazo (radial) o la ingle (femoral), cuando es una o dos las lesiones se coloca un Stent (muelle cilíndrico de metal) que recubre la luz de la arteria para que no se vuelva a obstruir (10).

Otro tratamiento es la revascularización coronaria o By-pass vascular empleándose cuando hay obstrucción de los grandes vasos, cuando es más de una arteria o cuando las lesiones son múltiples y difíciles de tratar con la angioplastia. Esto con la finalidad de devolver el equilibrio entre el suministro y la demanda de oxígeno al músculo cardíaco y mejorar la sintomatología del paciente (10).

El paciente sometido a la cirugía de revascularización coronaria pasa a la unidad de cuidados intensivos coronarios, con equipo de salud especializado en su atención,

ya que pueden presentar múltiples complicaciones asociadas a la intervención quirúrgica y al soporte circulatorio, en especial de la circulación extracorpórea, incurrir en el progreso y en las complicaciones del paciente; por lo que éste necesitará de una completa monitorización hemodinámica y de un manejo dinámico, integral y multidisciplinario en cuidados intensivos cuando se presente alguna complicación, la cual regularmente va a incidir en la morbimortalidad del paciente. Entre las principales complicaciones del postoperatorio inmediato del paciente con circulación extracorpórea tenemos: sangrado mediastínico, disfunción pulmonar aguda, síndrome de bajo gasto cardíaco, arritmias y falla renal aguda (11).

El presente trabajo trata de un estudio de caso que se realizó a un paciente postoperado de revascularización miocárdica por cardiopatía isquémica crónica, con plétora de factores de riesgo vascular (HTA y diabetes mellitus) y múltiple comorbilidad, con el objetivo de proporcionarle cuidados de enfermería de calidad utilizando el proceso de enfermería basado en los conceptos teóricos de Virginia Henderson con su teoría disciplinar de las necesidades humanas.

Este trabajo se encuentra integrado por cinco capítulos, los cuales se desarrollaron de la siguiente manera: el planteamiento del caso clínico, el marco teórico-referencial, los objetivos, la valoración de enfermería (que incluye la descripción del caso, la historia de enfermería, la documentación, los diagnósticos y el plan de cuidados) y las conclusiones y aportaciones, la bibliografía revisada y los anexos utilizados para su realización.

CAPÍTULO I. PLANTEAMIENTO DEL ESTUDIO DE CASO

1.1 Antecedentes del caso

Se trata de una persona masculina de 63 años, quien inicia padecimiento hace una semana (18 de enero) con sensación opresiva leve en región torácica, debilidad y disnea al realizar alguna actividad (caminar o subir escaleras). Al incrementar la sintomatología la semana posterior a su aparición, acude al servicio de urgencias de un hospital público de Agua Prieta, presentando palidez, náuseas, disnea, dolor precordial moderado tipo opresivo irradiado a hombro izquierdo, taquicardia con frecuencia cardíaca irregular. Se traslada de urgencia al servicio de hemodinámica de un hospital privado de Hermosillo, Sonora con diagnóstico de angina inestable para realización de angiografía.

En la angiografía se encuentran múltiples alteraciones (enfermedad coronaria multivaso, 2 troncos) por lo que se le coloca vía femoral BIAC (balón intraaórtico de contrapulsación), posteriormente pasa a quirófano de urgencia para realización de revascularización miocárdica con 4 puentes coronarios; al salir de quirófano el usuario ingresa a la (UCI) Unidad de Cuidados Intensivos con el diagnóstico de cardiopatía isquémica, PO revascularización coronaria, choque cardiogénico, Enfermedad pulmonar aguda (EPA), BIAC, hipertensión arterial sistólica (HAS) y dislipidemia mixta.

1.2 Justificación del estudio de caso

Las enfermedades cardiovasculares (ECV) son un conjunto de desórdenes del corazón y de los vasos sanguíneos, entre ellas tenemos la cardiopatía isquémica también llamada cardiopatía aterosclerótica es el resultado de la reserva de placas ateromatosas dentro de las paredes de las arterias que irrigan los músculos cardiacos; las enfermedades cerebrovasculares contienen un grupo de trastornos de la vasculatura cerebral que conllevan a la disminución del flujo sanguíneo que irriga el cerebro; la arteriopatía periférica es una enfermedad en la cual los vasos sanguíneos de los miembros torácicos y pélvicos se bloquean o se obstruyen a veces por una placa ateromatosa; las cardiopatías congénitas (CC) son anomalías del corazón y de los grandes vasos que se encuentran en la estructura o en el funcionamiento cardiaco en el nacimiento; la trombosis venosa profunda (TVP) y embolia pulmonar (EP) se relacionan con la reducción o bloqueo del flujo sanguíneo en la luz vascular con la formación de un coagulo de sangre en los miembros pélvicos, que alcanzan desprenderse y alojarse en los vasos del corazón y en los pulmones (12).

La enfermedad de las arterias coronarias, también conocida como cardiopatía isquémica, es el tipo más común de enfermedad del corazón. El infarto agudo de miocardio y la angina de pecho son las manifestaciones clínicas y constituyen una de las principales causas de atención de urgencia hospitalaria. Las principales manifestaciones clínicas son el infarto agudo al miocardio y la angina de pecho. Los ataques al corazón suelen ser fenómenos agudos que se deben sobre todo a obstrucciones que impiden que la sangre fluya hacia el corazón o el cerebro. La causa más frecuente es la formación de depósitos de grasa en las paredes de los vasos sanguíneos que irrigan el corazón o el cerebro, suelen tener su origen en la presencia de una combinación de factores de riesgo, tales como el tabaquismo, la dieta alta en grasas, la obesidad, la inactividad física, el consumo nocivo de alcohol, la hipertensión arterial, la diabetes y la hiperlipidemia (12).

La Organización Mundial de la Salud (OMS) estima que cada año 37 millones de personas sufren un evento cardiovascular y más de 17 millones mueren a causa de ello, principalmente por infarto agudo al miocardio (IAM) y enfermedad cerebrovascular (EVC), estimándose que para el 2020 las enfermedades cardiovasculares tendrán una repercusión elevada en los costos de salud, sobre todo por la atención a la discapacidad, y para el 2030 casi 23.6 millones de personas morirán de enfermedades cardiovasculares (14).

De ahí la importancia del presente estudio de caso y del cuidado integral de enfermería con énfasis en las necesidades humanas al paciente adulto con revascularización coronaria, de tal forma que se apoye a su tratamiento y rehabilitación temprana y se disminuya al máximo la discapacidad y muerte prematura como se mencionó en los datos epidemiológicos anteriores.

Enfermería como toda disciplina profesional, fundamenta su práctica en la teoría a partir del conocimiento científico y el conocimiento empírico que se genera día con día en el contacto e interacción con el paciente.

El paciente en estado crítico como el caso que nos ocupa requiere de personal especializado que asegure la calidad de la atención, la estadía hospitalaria mínima y la consecuente disminución de costos.

El cuidado de enfermería basado en teorías y modelos disciplinares tiene un papel importante en el desarrollo del conocimiento de la disciplina, debido a que comprenden un conjunto de ideas y conceptos relacionados unos con otros. La adopción de un modelo de enfermería sirve de orientación, tanto en el fomento de la salud como en la prestación de servicios de atención; no sólo dentro de las instituciones de salud, sino también fuera de éstas, con el objetivo de proporcionar cuidados de enfermería precisos, oportunos y con base científica, que contribuyan a la recuperación de la salud del paciente o bien en atenuar las posibles complicaciones de su padecimiento.

CAPÍTULO II. MARCO TEÓRICO - REFERENCIAL

Virginia Henderson puso de relieve el arte de la enfermería e identificó las 14 necesidades humanas básicas en las que se basa el cuidado de enfermería. Sus contribuciones incluyen la definición de enfermería, la puesta de relieve de los objetivos de interdependencia para el paciente y la creación de conceptos de autoayuda.

Virginia Henderson consideraba al paciente como un individuo que precisaba ayuda para conseguir independencia. Pensaba que la práctica de la enfermería era independiente de la práctica médica, y reconoció su interpretación de la función de la enfermera como una síntesis de muchas influencias.

El trabajo junto a las investigaciones realizadas por Virginia Henderson se trata de una teoría sobre la definición de la enfermería clínica, en la cual se ve reflejado el paradigma de integración. Es un modelo considerado de tendencia humanista y de tendencia de suplencia o ayuda; es un modelo ampliamente difundido por su característica de generalidad, sencillez y claridad.

El modelo teórico de Henderson abarca los metaparadigmas: salud, cuidado, persona y entorno desde una perspectiva holística.

- **SALUD:** Es la calidad de salud más que la propia vida, es ese margen de vigor físico y mental lo que permite a una persona trabajar con su máxima efectividad y alcanzar un nivel potencial más alto de satisfacción en la vida.

Es la independencia de la persona en la satisfacción de las 14 necesidades fundamentales:

1. Respirar con normalidad: Captar oxígeno y eliminar gas carbónico.

2. Comer y beber adecuadamente: Ingerir y absorber alimentos de buena calidad en cantidad suficiente para asegurar su crecimiento, el mantenimiento de sus tejidos y la energía indispensable para su buen funcionamiento.

3. Eliminar los desechos del organismo: Deshacerse de las sustancias perjudiciales e inútiles que resultan del metabolismo.

4. Movimiento y mantenimiento de una postura adecuada: Estar en movimiento y movilizar todas las partes del cuerpo con movimientos coordinados y mantenerlas bien alineadas, permite la eficacia del funcionamiento del organismo y de la circulación sanguínea.

5. Descansar y dormir: Mantener un modo de vida regular, respetando la cantidad de horas de sueño mínimas en un día.

6. Seleccionar vestimenta adecuada: Llevar ropa adecuada según las circunstancias para proteger su cuerpo del clima y permitir la libertad de movimientos.

7. Mantener la temperatura corporal: Regular la temperatura corporal de acuerdo a la estación establecida, como también hacer una correcta elección de la vestimenta de acuerdo a la temperatura ambiental.

8. Mantener la higiene corporal: Regular la higiene propia mediante medidas básicas como baño diario, lavarse las manos, etc.

9. Evitar los peligros del entorno: Protegerse de toda agresión interna o externa, para mantener así su integridad física y psicológica.

10. Comunicarse con otros, expresar emociones, necesidades, miedos y opiniones: Proceso dinámico verbal y no verbal que permite a las personas volverse accesibles unas a las otras.

11. Ejercer culto a Dios, acorde con la religión: Mantener nuestra fe de acuerdo a cuál sea la religión sin distinciones por parte del personal de enfermería.

12. Trabajar de forma que permita sentirse realizado: Las acciones que el individuo lleva a cabo le permiten desarrollar su sentido creador y utilizar su potencial al máximo.

13. Participar en todas las formas de recreación y ocio: Divertirse con una ocupación agradable con el objetivo de obtener un descanso físico y psicológico.

14. Estudiar, descubrir o satisfacer la curiosidad que conduce a un desarrollo normal de la salud: Adquirir conocimientos y habilidades para la modificación de sus comportamientos (APRENDER).

- **CAUIDADO:** Está dirigido a suplir los déficits de autonomía del sujeto para poder actuar de modo independiente en la satisfacción de las necesidades fundamentales.

- **ENTORNO:** Factores externos que tienen un efecto positivo o negativo en la persona. El entorno es de naturaleza dinámica. Incluye relaciones con la propia familia, así mismo incluye las responsabilidades de la comunidad de proveer cuidados.

- **PERSONA:** como un ser constituido por los componentes biológicos, psicológicos, sociales y espirituales que tratan de mantenerse en equilibrio. Estos componentes son indivisibles y por lo tanto la persona se dice que es un ser integral.

Ella planteó que la enfermera no sólo debe valorar las necesidades del paciente, sino también las condiciones y los estados patológicos que lo alteran, puede modificar el entorno en los casos que se requiera y debe identificar al paciente y familia como una unidad. Identificó **tres niveles** en la relación que establece el enfermero/a con el paciente en el proceso de cuidar:

1. Sustituta del paciente: la enfermera sustituye totalmente al paciente.
2. Colaboración del paciente: la enfermera lleva a cabo sólo aquellas acciones que el paciente no puede realizar.
3. Compañera del paciente: la enfermera permanece al lado del paciente desempeñando tareas de asesoramiento y reforzando el potencial de independencia del sujeto y como consecuencia su capacidad de autonomía.

Henderson hizo grandes contribuciones a la enfermería durante más de 60 años como enfermera, profesora, escritora e investigadora y publicó mucho a lo largo de esos años. Su definición de enfermería apareció por primera vez en 1955 en la quinta edición del libro de Harmer y Henderson: la función específica de la enfermera es ayudar a la persona enferma o sana, a la realización de actividades que contribuyan a la salud o a su recuperación (o a una muerte tranquila), que realizaría sin ayuda si tuviera la fuerza, la voluntad o los conocimientos necesarios, y hacerlo de tal manera que le ayude a ganar la independencia lo más rápidamente posible.

CAPÍTULO III. OBJETIVOS

3.1 Objetivo general

- Describir estudio de caso basado en la valoración de las 14 necesidades de Virginia Henderson a una persona postoperada de revascularización coronaria utilizando el proceso de enfermería como herramienta metodológica.

3.2 Objetivos específicos

- Realizar de la valoración del paciente basado en la guía de valoración de enfermería de las 14 necesidades de Virginia Henderson.
- Recolectar de los datos objetivos y subjetivos que integren información para identificar las necesidades satisfechas e insatisfechas del paciente.
- Detectar las necesidades satisfechas e insatisfechas del paciente para integrar los diagnósticos enfermeros.
- Diseñar el plan de cuidados integrando los resultados esperados de la taxonomía de los resultados de enfermería NOC y en base a estos las intervenciones de Enfermería de la taxonomía NIC.
- Ejecutar y evaluar del plan de cuidados individualizado, estableciendo los diagnósticos propuestos de forma jerarquizada, que beneficien y demuestren la calidad y efectividad del cuidado en la recuperación del paciente.

- Elaborar un registro del proceso de enfermería que posteriormente pueda ser empleado para la evaluación, formación e investigación de la disciplina enfermera basado en evidencia.

CAPÍTULO IV. VALORACIÓN DE ENFERMERÍA

A continuación, se describe la valoración de enfermería hecha a través de la perspectiva de las 14 Necesidades de Virginia Henderson. La información se obtuvo a través de fuentes primarias y secundarias.

4.1 Datos de identificación

Usuario con siglas GJGF con edad aparente igual a la cronológica de 63 años del sexo masculino, con escolaridad de Licenciatura. Lugar de nacimiento y residencia en la ciudad de Agua Prieta, Sonora. Estatus de jubilado; se encuentra divorciado, de religión católica.

4.2 Antecedentes

- **Heredo Familiares:** abuelo paterno finado con antecedente de hipertensión arterial y cardiopatía; abuela paterna finada se desconocen antecedentes patológicos. Abuelo materno finado se desconoce motivo de defunción; abuela materna finada con antecedentes de diabetes mellitus y cáncer de mama; padre con antecedente de cardiopatía isquémica e hipertensión arterial sistémica (HAS) vive; madre con Diabetes Mellitus y lupus eritematoso (vive).

- **Antecedentes no patológicos:**
 - Esquema de vacunación para la edad completo.
 - Características de la vivienda: Vive actualmente en una zona residencial. La casa-habitación cuenta con las condiciones para satisfacer necesidades, sin presencia de zoonosis.
 - No consume alucinógenos ni ningún tipo de droga.

- **Antecedentes patológicos:** no cuenta con antecedentes de fracturas, transfusiones, cirugías. En el 2005 tuvo una hospitalización por pérdida del ojo izquierdo (con químicos), alergias negadas. Desde hace 15 años inicio tratamiento con hipoglucemiantes orales (metformina), obesidad de grado I, hipertensión arterial, actualmente con dislipidemia mixta, se desconocen las dosis, con mal apego al tratamiento médico y a la dieta.
- **Motivo de consulta:** inicia padecimiento hace 1 semana (18 enero), con sensación opresiva leve en región torácica, debilidad y disnea al realizar alguna actividad (caminar o subir escaleras), al incrementar sintomatología (25 enero) acude al servicio de urgencias de un Hospital público de Agua Prieta, a su ingreso se reporta palidez, náuseas, disnea, dolor precordial moderado tipo opresivo irradiado a hombro izquierdo y taquicardia.

4.3 Padecimiento actual

- **25 enero (19:30):** El usuario GJGF ingresó al servicio de hemodinamia para realización de angiografía, en la que se encuentran múltiples alteraciones (enfermedad coronaria multivazo, 2 troncos) por lo que se le coloca vía femoral BIAC (Balón intraaórtico de contrapulsación) (1:2, 40cc. balón).
- **Quirófano (25 enero a las 23:00):** Se intervino de urgencia a procedimiento quirúrgico de revascularización miocárdica con 4 injertos aortocoronarios que fueron: en la descendente anterior (DA), marginal obtusa izquierda (MOI), descendente posterior (DP), postero lateral derecha (PLD).
- **Ingreso a la UCI (26 enero a las 4:00hrs):** El usuario pasa de quirófano a la UCI bajo sedo-analgésia con puntuación de -5 según la escala de agitación-sedación RASS (Richmond Agitation Sedation), con ventilación mecánica (VM) en modalidad asistida/controlada (A/C), sonda nasogástrica (SNG) a derivación, catéter venoso central (CVC) subclavio, catéter arterial femoral, 2 catéter periféricos, sonda de drenaje mediastinal bajo sello de agua, Bypass coronario,

marcapasos transcutáneo, Balón de contrapulsación intraaórtico (BIAC), sonda Foley 16 Fr, herida quirúrgica en miembro pélvico izquierdo (MPI), en área esternal de aproximadamente 14 cms.

- **Valoración inicial de enfermería (día 26 enero 2018 a las 7:00 hrs):** se encuentra bajo sedoanalgesia (RASS -5), con catéter central en subclavia derecha con apoyo ventilatorio en modalidad (A/C), SNG cerrada, catéter central, catéter arterial, 2 catéter periféricos, sonda de drenaje mediastinal bajo sello de agua, Bypass cardiaco, marcapasos transcutáneo, BIAC (Balón de contrapulsación), sonda foley, herida quirúrgica miembro pélvico izquierdo (MPI).

Signos vitales:

- **T/A:** 127/78 mmHg
- **PAM:** 72 mmHg
- **FC:** 118 latidos por minuto
- **FR:** 22 respiraciones por minuto
- **Temperatura:** 35.6°
- **Saturación de O2:** 98%
- **PVC:** 6 cmH2O
- **Llenado capilar:** 2 segundos
- **Modo ventilatorio:** Asisto controlado
- **Glucosa capilar:** 253 mg/dL

4.4 Historia de enfermería

Los datos de la historia de enfermería fueron de fuente secundaria familiar (hijo).

1. Necesidad de oxigenación

La persona cuenta con antecedentes de tabaquismo desde los 15 años a razón de 5 cigarros al día, presenta cambios en su respiración al realizar actividades de la vida diaria como al caminar, subir escaleras, disnea y fatiga; cuenta con conocimientos acerca de una respiración correcta y conoce técnicas para mejorar su respiración (como el yoga) pero no las llevaba a cabo. Refiere no ser propenso a sufrir hemorragias. Con antecedentes de problemas cardiorrespiratorios de dolor precordial, taquicardia y disnea.

2. Necesidad de nutrición e hidratación

Descripción de un día típico

DESAYUNO (08:00)	COMIDA (14:00)	CENA (20:00)
2 huevos con verdura o carnes frías, 3 tortillas de maíz o harina, frijoles, salsa. Pan de dulce y una taza de café	Un plato de consomé, 1 plato con bistec ranchero y frijoles, tres tortillas de maíz, un refresco de 600 ml. y una de gelatina, flan o postre.	2 quesadillas, o 1 sándwich con 300 grs. Aprox. de frijoles, salsa roja, refresco de 600 ml. o 1 taza con café con leche.

Con horario de desayuno a las 8:00 am, comida 14:00 y cena 20:00, con colaciones de fruta o alguna fritura o pan de dulce; la cantidad de líquidos al día consumidos son de 2 litros aproximadamente en los que se incluyen: agua, jugos naturales, café, refresco; prefiere las comidas de alto contenido calórico (panes, pastas, fritos); le desagradan las verduras, y alimentos cocidos; no tiene dificultades para almacenar y preparar sus alimentos (se cocina solo); conoce las necesidades de alimentos e hidratación y su relación con la edad y actividad pero no las lleva a cabo; conoce los

factores que favorecen su digestión como comer despacio; ha presentado cambios en los últimos 7 meses ha bajado 10 kilos; no tiene antecedentes de problemas para masticar o tragar la comida ni las bebidas.

3. Necesidad de eliminación

Con antecedentes de evacuación de 1 vez al día, se desconoce su patrón orina y sudoración; cuando viaja o se queda en otro lugar padece de estreñimiento, se desconoce si el cambio de horario modifica los hábitos de eliminación; los hábitos higiénicos que utiliza son el lavado de manos antes y después de ir al baño; en la actualidad no tiene problemas relacionados con la necesidad de eliminación.

4. Necesidad de moverse y mantener una buena postura

Con antecedente de sedentarismo; aproximadamente dura como 7 horas sentado o acostado, conoce las consecuencias de la hipo-actividad y de las malas posturas prolongadas, conoce cómo realizar algunos ejercicios diarios que mejoran la movilidad, pero no los tolera porque se fatiga; afectando sus emociones ya que se siente con exceso de peso y sabe que puede afectar su estado de salud; se desconoce si afecta sus valores o creencias esta necesidad.

5. Necesidad de descanso y sueño

Con antecedente de sueño nocturno de 8 horas con un horario de 22:00 Hrs. a 06:00 Hrs; duerme solo; los cambios en el entorno modifican su patrón del sueño como el ruido, la luz y estar en otro lugar; duerme con facilidad; la manera en que le afectan las emociones al no poder descansar o dormir bien es con cambios de humor; para reducir o controlar las tensiones y el dolor utiliza té, medicamentos ó platica con su familia; dormir para él es placentero; se desconoce si tiene efectos positivos o negativos cada una de estas formas de comportamiento; en algunas ocasiones tiene sueños o pesadillas; no utiliza apoyos ni medicamentos para dormir; pero duerme con mayor facilidad si se encuentra prendida la televisión, con siesta vespertina de aproximadamente 1 a dos horas; necesita dormir en su casa para poder descansar.

6. Necesidad de usar prendas de vestir adecuadas

Refiere familiar (hijo) que la ropa utilizada por el usuario es acorde a sus necesidades y a la estación del año, con cambio de ropa diaria y cómoda, niega creencias sobre el modo de vestir, elige él mismo la vestimenta, conoce la relación entre calidad/cantidad de ropa necesaria para la adecuada comodidad, no requiere ayuda para la elección de ropa ni se afecta su modo de vestir por situaciones de la vida, así como no tener algún objeto o accesorio con un significado en especial; no le gusta que lo vean o le ayuden a vestirse.

7. Necesidad de termorregulación

Al usuario le produce mayor sensación de bienestar el frío; se adapta fácilmente a los cambios de temperatura ambiental, pero le desagrada el calor; dependiendo de la época del año consume bebidas calientes como el café o heladas como los refrescos o el agua con hielo, viste ropa adecuada según la estación del año.

8. Necesidad de higiene y protección de la piel

Refiere el familiar que para el usuario es importante estar en un ambiente limpio y con orden, con adecuados hábitos de higiene como el baño diario con su respectivo cambio de ropa, limpieza bucodental de 2 a 3 veces al día con uso de hilo dental, lavado de manos antes de comer y antes y después del uso del sanitario; le desagrada depender de otras personas para el apoyo en sus hábitos de higiene; prefiere tomar el baño en las noches antes de dormir; los hábitos de higiene que considera más importantes son lavado de dientes y el baño diario.

9. Necesidad de evitar los peligros

Refiere el familiar que el usuario vive solo (divorciado), y que su familia la componen 3 hijos (1 mujer de 22 años, 1 hombre de 30 años y 1 hombre de 35 años); niega influencia de las emociones en su seguridad física y psicológica. Conoce sobre las medidas de prevención de accidentes de su hogar, no realiza controles de salud periódicos aun con antecedentes de DM y HTA diagnosticadas hace 10 años y

abandonó el tratamiento; cuenta con esquema de vacunación completo, tabaquismo positivo a razón de 1 a 5 cigarros diarios, no ingiere bebidas alcohólicas desde hace 3 años aproximadamente; le gusta el café hasta dos veces por día; niega toxicomanías; conoce técnicas para mejorar su estado de bienestar, pero no las lleva a cabo.

10. Necesidad de comunicarse

Referencia de familiar que usuario habla el idioma español, con lenguaje verbal claro, gesticula con las manos y con expresiones faciales, no tiene problemas para comunicarse; mantiene contacto con sus familiares y amigos, es expresivo con sus sentimientos, pensamientos y preocupaciones a sus familiares; últimamente no había tenido buen humor, ya que le preocupaba su situación de salud; personas significativas en su vida: sus padres, ex pareja y sus 3 hijos; sus necesidades sexuales no están cubiertas de forma satisfactoria ya que tiene 10 años divorciado.

11. Necesidad de vivir según sus creencias y valores

Familiar comenta que su padre no pertenece a ningún grupo social o religioso, sin embargo, es católico, en su entorno familiar no existe la cultura de la donación de órganos; los valores más importantes para él y su familia son: el respeto, la justicia y la vida. Niega última voluntad en cuanto a la realización de un testamento.

12. Necesidad de trabajar y realizarse

Usuario últimamente no realiza actividades de ocio ni de satisfacción personal, en ocasiones le gusta escribir, actualmente se encuentra jubilado; su remuneración le permite cubrir sus necesidades y apoyar a sus hijos cuando lo necesitan; se desconoce si conoce la existencia de asociaciones o grupos de ayuda en su comunidad.

13. Necesidad de participar en actividades recreativas

A usuario le gusta ver televisión y dormir en sus tiempos libres, a veces leer e ir a visitar a su familia; esto le relaja; considera que el tiempo que le dedica a esto es el adecuado ya que no realiza otras actividades.

14. Necesidad de aprendizaje

Cuenta con estudios de ingeniería química, era docente en una universidad, no tiene dificultad para aprender o retener conceptos, no presenta discapacidad neurológica o psicológica que afecte el aprendizaje, su método de aprendizaje es la lectura, conoce su enfermedad y tratamiento, pero no se apega al mismo, refiere el familiar.

4.5 Exámen físico

1. Necesidad de oxigenación

- **Sistema respiratorio:** Persona con asistencia ventilatoria mecánica (VMA), presencia de cánula orotraqueal 8.5 french fijada en el no. 24 a nivel de la arcada dental, presión de neumobalón de 22 mmHg; con modo ventilatorio asistido controlado, parámetros programados: ciclado por volumen de 510mL, frecuencia respiratoria (fr) de 22 respiraciones por minuto, relación de inspiración-expiración 1:2, FiO₂ 50%, presión pico 21 cm H₂O y PEEP de 5.0 cm H₂O.

El usuario presenta una FR 22/min., regular, campos pulmonares ventilados, concordancia toraco-abdominal, con buena expansión torácica, frémito pleural perceptible; sin evidencia de aleteo nasal o utilización de músculos respiratorios accesorios; presencia de estertores basales bilaterales; saturación de oxígeno 98%, se aspiran moderadas secreciones blanquecinas, fluidas con circuito cerrado de aspiración y técnica abierta. Tórax elíptico, simétrico, con sonda de drenaje mediastinal (bajo sello de agua) el sitio de inserción se encuentra limpio

y cubierto, el líquido se encuentra hemático moderado 20 ml. (al momento de la valoración 8:00 am).

- **Sistema cardiocirculatorio:** Normotenso (127/78 mmHg) con una PAM 72 mmHg, PVC 6 cm H²O, taquicardia 118 latidos por minuto (lpm) con buena intensidad. Con presencia de extrasístoles en el monitor cardiaco, no soplos cardiacos identificados, se auscultan los focos cardiacos aórtico, pulmonar, tricúspide, mitral; con marcapasos transcutáneo: (FC: 60 lpm, output: 10 mA., sensibilidad: de 0.5. mV; balón de contrapulsación (BIAC) I:I, 40cc (balón).

Pulsos arteriales carotideo, braquial, radial, cubital, femoral, poplíteo, dorsal de pie, y tibial posterior se encuentran presentes, con buena frecuencia y calidad; con llenado capilar en ambas extremidades menor de 3 segundos, presenta varices en ambos miembros pélvicos, presencia de edema (signo de fóvea +1).

2. Necesidad de nutrición e hidratación

A la exploración física se encuentra cara con leve palidez, simétrica, hidratada, ausencia de ojos hundidos; mucosa oral hidratada, ausencia de lesiones o de inflamación, con presencia de tubo endotraqueal; labios simétricos con leve palidez, ausencia de fisuras o de inflamación; mucosa bucofaríngea integra semi-hidratada, color blanquecina, con presencia de sialorrea; adecuada higiene bucal, ausencia de nauseas, vomito; cuenta con todas su piezas dentales, ausencia de halitosis, caries o prótesis dentales; con sonda nasogástrica a derivación (no productiva); abdomen globoso, blando a la palpación, con perímetro abdominal de 92cm, no se palpan visceromegalias. Al momento de la valoración con un peso de 77 kilogramos y talla de 1.69 metros un IMC de 27 kg/m². Se encuentra con alimentación enteral (NET) por sonda nasogástrica (SNG 16 Fr); ensure advance active 20 ml/hr., 510 kcal/24 horas. Una glucosa de 253mg/dL. Presenta edema en miembros pélvicos con godet (+), con palidez, ausencia de ictericia o petequias.

3. Necesidad de eliminación

- **Patrón urinario:** Cuenta con sonda tipo foley no. 16 Fr. (fecha de instalación del 25 de enero 2018), características de amarilla clara, ausencia de hematuria, piuria. Meato urinario limpio sin datos de infección. La valoración fue realizada a las 8 horas del día 25 de enero por lo cual no había diuresis cuantificable de 24 horas.
- **Patrón intestinal:** La valoración fue realizada a las 8 horas del día 25 de enero, por lo cual aún no presenta evacuaciones: ausencia de diarrea, hemorroides, melena, flatulencias. Peristalsis presente 5 por minuto.

4. Necesidad de moverse y mantener una buena postura

Usuario se encuentra bajo sedación. Durante el examen físico se encuentra postrado en cama, por lo cual no se puede valorar esta necesidad.

5. Necesidad de descanso y sueño

En el momento de la valoración usuario bajo sedación. Escala de Campbell: puntuación de 0 (no dolor).

6. Necesidad de usar prendas de vestir adecuadas

Durante la valoración se encuentra con ropa hospitalaria (bata) aliñado, con cambio de ropa al realizar aseo diario.

7. Necesidad de termorregulación

A la valoración se presenta hipotérmico (35.6 temperatura axilar); temperatura cutánea fría al tacto, aumentado en extremidades inferiores, la piel se encuentra limpia y sin sudoración aparente, con adecuada protección de la piel, ausencia de escalofríos, cianosis, áreas enrojecidas. Temperatura ambiental de 25°C.

8. Necesidad de higiene y protección de la piel

A la valoración, presenta piel con palidez moderada, limpia, turgente; el cuero cabelludo hidratado, limpio; el cabello se observa corto, color castaño oscuro y en abundancia, a la palpación su textura es gruesa, con fuerte implantación.

Presencia de catéter central de doble lumen en subclavia derecha, sitio de inserción limpio, y permeable, además de heridas quirúrgicas en región de línea media esternal del tórax de aprox. 14 cm. limpia, cubierta, ausencia de líquido purulento o de sangrado; en miembro pélvico izquierdo con herida de aproximadamente 40 cm. de largo esta se encuentra limpia y cubierta ausencia de sangrado; en miembro pélvico derecho con sitio de inserción de BIAC limpio, cubierto, sin enrojecimiento, ni datos de sangrado. No presenta úlceras ni puntos de presión. Puntuación de 7 puntos según la escala de Braden (los criterios valorados: percepción sensorial 1, exposición a la humedad 2, actividad 1, movilidad 1, nutrición 1, roce y peligro de lesiones 1).

9. Necesidad de evitar los peligros

Durante la valoración se encuentra bajo sedación. Escala de RASS con puntuación de -5 indicando una sedación profunda.

Esquema de vacunación completo para la edad. Se desconoce si se ha realizado examen mamario o de próstata.

10. Necesidad de comunicarse

A la valoración se encuentra bajo sedación con ventilación mecánica por lo que se le imposibilita la comunicación.

13. Necesidad de participar en actividades recreativas

Durante la valoración se encuentra bajo sedación, por lo que no se puede valorar esta necesidad.

14. Necesidad de aprendizaje Durante la valoración se encuentra bajo sedación.

Se encuentra con el siguiente tratamiento médico:

SOLUCIONES PARENTERALES

Medicamento	ml/hr	Indicación
1000ml Sol. Hartmann +1Fco. Albumina 25% + 40 mEq KCL (afor.)	60 ml/hr	SOL. BASE
100 mg. Midazolam + 100 ml Sol. Gda 5% (aforado)	8 ml/hr	D.R
Fentanilo sin diluir	1 ml/hr	D.R
Ácido aminocaproico	4 ml/hr	4 fco. y susp.
1 Fco. (12.5 mg.) Levosimendan + 245 ml. Sol. Gda. 5% (aforado)	15 ml/hr.	2 fco. y susp.
200 mg. Amiodarona + 120 ml Sol. Gda. 5%	6.5 ml/hr	---
50 mg. NTG. + 50 ml Sol. Gda. 5% (aforado)	1 ml/hr.	D.R
4 amp. (16mg.) Norepinefrina + 100 ml Sol. Gda. 5% (aforado)	6 ml/hr	D.R

TRATAMIENTO FARMACOLOGICO

Dosis	Medicamento	Vía	Frecuencia
50 mg	Ranitidina	IV	c/ 12 hrs.
1 gr.	Cefalotina	IV	c/ 6 hrs.
2.5 gr.	Metamizol sódico	IV	c/ 6 hrs.
1 gr.	Paracetamol	IV	c/ 6 hrs
10 mg.	Furosemida	IV	c/ 6 hrs
1 gta.	Hipromelosa	OFT.	c/ 2 hrs
50 mg.	Dimenhidrinato	IV	PRN

DIETA		
ENSURE ADVANCE ACTIVE	20 ml/hr	SNG

4.6 Resultados de Exámenes de laboratorio e imagenología

Fuentes secundarias (datos objetivos)

Necesidad de oxigenación

		CIFRAS DEL USUARIO	VALORES DE REFERENCIA
Gasometría arterial	pH	7.41	7.35 - 7.45
	PaO ₂	73	80-100 mmHg
	paCO ₂	32	35 – 48 mmHg
	HCO ₃	23	22-26 nmol/L

Necesidad de nutrición e hidratación

EXAMEN		CIFRAS DEL USUARIO	VALORES DE REFERENCIA
PRUEBAS DE COAGULACIÓN	Tiempo de protrombina	20.0	11.0 – 14.8 seg.
	Testigo_TP	13.1	25 – 35 seg.
	INR	1.63	11.0 – 14.8 seg.
	Tiempo parcial de tromboplastina	32.7	0 – 1.5
	Plaquetas	140	150 – 450 ml/mm ³
EXAMEN		CIFRAS DEL USUARIO	VALORES DE REFERENCIA
BIOMETRÍA HEMATICA	Eritrocitos	3.51	4.2 – 6.3 mil/mm ³
	Hemoglobina	10	12 – 18 gr/dl
	Hematocrito	30.9	38 – 54 %
	Leucocitos	33.7	4 – 10 mil/mm ³
	Linfocitos	9.52	20 – 55 %
	Eosinofilos	.130	0 – 4 %
	Basofilos	.290	0 – 2 %
	Neutrofilos	83.5	35 – 75 %
GRUPO Y RH	O positivo		
	Glucosa	253	70- 105 mg/dL
	Urea	37.7	10 – 50 mg/dL
	Nitrógeno de la urea	5.4	7 – 18 mg/dL

QUÍMICA SANGUÍNEA	Creatinina	1.31	06 – 1.2 mg/dL
	Ácido úrico	5.1	2.3 – 6.6 mg/dL
	Colesterol	123.7	136 – 200 mg/dL
	Triglicéridos	129.5	0 – 150 mg/dL
	Colesterol de alta densidad	23	> 65 mg/dL
	Colesterol de baja densidad	90	0 – 100 mg/dL
PERFIL HEPÁTICO	TGO	59.2	15 – 50 IU/L
	TGP	17.7	7 – 52 IU/L
	Fosfatasa alcalina	45.4	40 – 117 IU/ml
	Bilirrubina total	2.8	0.3 – 1.0 mg/gl
	Bilirrubina directa	0.78	0 – 0.2 mg/dl
	Bilirrubina indirecta	1.8	0 – 1.1 mg/dl
	Amilasa	32.5	28 – 100 IU/L
PROTEÍNAS	Gamaglutamil	23	9 – 54 IU/L
	Proteínas totales	5.2	6.0 – 8.3 gr/dl
	Albúmina	2.83	3.5 – 5.0 gr/dl
	Globulina	2.4	2.3 – 3.5 gr/dl
ELECTROLITOS SÉRICOS	Relación A/C	1.2	1.1 – 1.8
	Calcio	7.6	8.6 – 10.2 mg/dl
	Fosforo	2.90	2.5 – 5.0 mg/dl
	Sodio	146.1	135 – 148 meq/L
	Potasio	3.51	3.5 – 5.0 meq/L
	Cloro	106.7	98 – 111 meq/L

1. Paraclínicos:

1. Radiografía de tórax (23 enero 2018):

- a. Hipertensión venocapilar pulmonar, dilatación de aurícula izquierda (AI) y abombamiento leve pulmonar + cardiomegalia I.

2. Angiografía (24 enero 2018):

- a. Enfermedad arterial coronaria aterosclerosa crítica aorto ostial de coronaria izquierda.
- b. Enfermedad arterial coronaria artero esclerosa severa de descendente anterior (DA) distal y proximal del 70% lecho distal 2 mm.
- c. Enfermedad arterial coronaria aorto-ostial de coronaria derecha del 70%, lesión crítica de descendente posterior y postero-lateral ostial.
- d. Insuficiencia mitral de severidad.
- e. Falla cardíaca aguda peri infarto compensada.
- f. Infarto agudo de miocardio antero-septal.

3. Cateterismo cardíaco (24 enero 2018):

- a. Lesión crítica y ostial de tronco de coronaria izquierda (TCI), con enfermedad larga proximal de una descendente anterior (DA) y una diagonal (DI), con lesión también ostial y crítica de la coronaria derecha y se ven lesiones distales un descendente posterior (DP) y un ramo postero-lateral de la derecha (RV).
- b. Presentando un diagnóstico de arteroesclerosis coronaria con enfermedad de 3 vasos coronarios, lesiones críticas en TCI y ostium de coronaria derecha (CD), con infarto del miocardio antero-lateral extenso, disfunción de musculo papilar con insuficiencia mitral, disfunción ventricular severa, choque cardiogénico.

4.7 Documentación de las 14 Necesidades según Virginia Henderson

1. Necesidad de oxigenación

GJGF con apoyo de ventilación mecánica en modalidad asisto- control, parámetros programados: ciclado por volumen de 510 mL, fr de 22 respiraciones por minuto, relación de I:2, FiO₂, 50%, presión pico 21 cm H₂O, PEEP de 5.0 cm H₂O durante la valoración el patrón respiratorio presentando sincronía con el ventilador fr 22/min., regular, campos pulmonares ventilados; con presencia de estertores basales bilaterales; saturación de oxígeno 98%. Se aspiran moderadas secreciones blanquecinas, fluidas con circuito cerrado de aspiración y técnica abierta. Tórax elíptico, simétrico, con sonda de drenaje mediastinal (bajo sello de agua) el sitio de inserción se encuentra limpio y cubierto, el líquido se encuentra hemático moderado 20 ml. Se encontraba normotenso (127/78 mmHg) con una PAM 72 mmHg, PVC 6 cm H₂O, taquicardia 118 lpm con buena intensidad. Con presencia de extrasístoles en el monitor cardiaco, no soplos cardiacos identificados, se auscultan los focos cardiacos aórtico, pulmonar, tricúspide, mitral; con marcapasos transcutáneo: (FC: 60 lpm, output: 10 mA., sensibilidad: de 0.5. mV; balón de contrapulsación (BIAC) I:I, 40cc (balón). Pulsos arteriales presentes, con buena frecuencia y calidad; con llenado capilar en ambas extremidades menor de 3 segundos, presenta varices en ambos miembros pélvicos, presencia de edema (signo de fóvea +1). En los resultados de laboratorio se encuentra: Creatin-fosfoquinasa elevada (CPK 531.7 UI/L), TP alargados (20.0 seg), INR (1.63), TPT adecuado (32 seg.), Plaquetas bajas (plaquetas 140 mil/mm³), pH (7.41), PaO₂ (73 mmHg), PaCO₂ (32 mmHg), HCO₃ (23 nmol/L). Familiar refiere tabaquismo actual de 5 cigarros al día, desde los 15 años de edad, presentaba cambios en la respiración al realizar actividades de la vida diaria como al caminar, subir escaleras, disnea y fatiga; conoce técnicas deficientes para mejorar su respiración. Con antecedentes de problemas cardiorrespiratorios de dolor precordial, taquicardia y disnea.

Por los hallazgos anteriores esta necesidad se considera insatisfecha

2. Necesidad de nutrición e hidratación

Encontrándose GJGF con palidez leve, mucosa oral hidratada con presencia de tubo endotraqueal; labios con leve palidez; mucosa bucofaríngea íntegra semi-hidratada, color blanquecino, con presencia de sialorrea; adecuados hábitos de higiene bucal. Con presencia de sonda naso-gástrica 16 Fr. a derivación (no productiva); abdomen globoso, blando a la palpación, con perímetro abdominal de 92cm, no se palpan visceromegalias. Al momento de la valoración con peso de 77 kilogramos y talla de 1.69 metros, IMC de 27 kg/m². Se encuentra con alimentación enteral por la SNG; Ensure advance active 20 ml/hr. 510 kcal/24 horas; edema en miembros pélvicos con godet (+) y palidez. En cuanto a los resultados de laboratorio con hiperglucemia (253 mg/dL), leucocitosis (33.7 mm/mm³), anemia leve (10 mg/dL), colesterol (123.7), triglicéridos (129.5 mg/dL), colesterol de alta densidad (HDL 23 mg/dL), colesterol de baja densidad (LDL 90 mg/dL), procalcitonina (4.09 ug/L), deshidrogenasa láctica (DHL 503.2), calcio (Ca 7.6. mg/dl), bicarbonato de sodio (HCO₃: 20.8 mmol/L), bilirrubina total (2.58), bilirrubina directa (0.78 mg/dL) y bilirrubina indirecta (1.8 mg/dl).

Antecedentes de dieta alta en carbohidratos y grasas y baja en fibra y consumo de agua insuficiente, conoce las necesidades de alimentos e hidratación en relación con su edad y actividades, pero no las lleva a cabo; ha bajado 10 kilos en los últimos 7 meses.

Por los hallazgos anteriores esta necesidad se considera insatisfecha

3. Necesidad de eliminación

Se desconoce diuresis, porque se valora a las 4 horas posteriores a su ingreso a la UCI, cuenta con sonda foley no. 16 Fr., orina con características: amarilla clara; meato urinario limpio sin datos de infección. Se desconoce su patrón intestinal, ya que no presenta evacuaciones desde su ingreso: peristalsis presente 5 por minuto. Con resultados de laboratorio: Urea (37.7 mg/dL), creatinina (1.31 mg/dL), BUN (17.4 mg/dL).

Con antecedentes de evacuación de 1 vez al día, se desconoce su patrón de orina y sudoración; con buenos hábitos higiénicos en relación al uso del sanitario.

Por los hallazgos anteriores esta necesidad se considera en riesgo de insatisfacción.

4. Necesidad de moverse y mantener una buena postura

GJGF bajo sedación; durante el examen físico se encuentra postrado en cama, por lo cual no se puede valorar esta necesidad. Con antecedente de sedentarismo; aproximadamente permanece 7 horas sentado o acostado, no tolera ejercicios para mejorar la movilidad porque se fatiga; afectando su estado de ánimo ya que se siente con exceso de peso.

Por los hallazgos anteriores esta necesidad se considera insatisfecha

5. Necesidad de descanso y sueño

GJGF bajo sedación con escala de Campbell en puntuación de 0 (no dolor). Con antecedente de sueño nocturno de 8 horas; con siesta vespertina, los cambios en el entorno modifican su patrón del sueño, duerme con facilidad; la manera en que le afectan las emociones al no poder descansar o dormir bien es con cambios de humor; para reducir o controlar las tensiones y el dolor utiliza té, medicamentos ó platica con su familia; dormir para él es placentero; no utiliza apoyos para dormir; necesita estar su casa para poder descansar.

Por los hallazgos anteriores esta necesidad se considera satisfecha

6. Necesidad de usar prendas de vestir adecuadas

GJGF con ropa hospitalaria (bata) aliñado, con cambio de ropa al realizar aseo diario. La ropa que utilizaba previo a su hospitalización era acorde a sus necesidades y de adecuada para la estación del año, con cambio de ropa diaria y cómoda, elige por el mismo la vestimenta, conoce la relación entre calidad/cantidad de ropa necesaria para la adecuada comodidad, no requiere ayuda para la elección de ropa ni se afecta su

modo de vestir por situaciones de la vida, no le gusta que lo vean o le ayuden a vestirse.

Por los hallazgos anteriores esta necesidad se considera satisfecha

7. Necesidad de termorregulación

Se presenta hipotérmico (35.6 temperatura axilar); temperatura cutánea fría al tacto, aumentado en extremidades inferiores, se encuentra limpia y sin sudoración aparente, con adecuada protección de la piel, ausencia de escalofríos, cianosis, áreas enrojecidas. Temperatura ambiental de 25°C.

Al usuario le produce mayor sensación de bienestar el frío; se adapta fácilmente a los cambios de temperatura ambiental, pero le desagradan el calor; la ropa adecuada según la estación del año; cuando las emociones intensas le afectan (como el miedo, ira) platica con su familia y en otras ocasiones consume tabaco.

Por los hallazgos anteriores esta necesidad se considera en riesgo de insatisfacción

8. Necesidad de higiene y protección de la piel

GJGF con palidez moderada en piel, limpia y turgente; presencia de catéter central de doble lumen en subclavia derecha, sitio de inserción limpio, y permeable, además de heridas quirúrgicas en región de línea media esternal del tórax de aprox. 14 cm. limpia, cubierta, ausencia de líquido purulento o de sangrado; en miembro pélvico izquierdo con herida de aproximadamente 40 cm. de largo esta se encuentra limpia y cubierta ausencia de sangrado; en miembro pélvico derecho con sitio de inserción de BIAC limpio, cubierto, sin enrojecimiento, ni datos de sangrado. No presenta úlceras ni puntos de presión. Con alto riesgo de UPP según la escala de Braden (puntuación de 7 puntos), al momento sin lesiones.

Refiere familiar que para el usuario es importante estar en un ambiente limpio y con orden, los hábitos de higiene personal que practica son saludables de acuerdo a los

estándares recomendados por la OMS; no le gusta depender de otras personas para el apoyo en sus cuidados de higiene personal.

Por los hallazgos anteriores esta necesidad se considera insatisfecha

9. Necesidad de evitar los peligros

GJGF se encuentra bajo sedación. Escala de RASS con sedación profunda (puntuación de -5). Esquema de vacunación completo para la edad; se desconoce si se ha realizado examen mamario o de próstata.

Vive solo (divorciado), tiene 3 hijos; conocimiento sobre medidas de prevención de accidentes de su hogar, las actividades para el cuidado de su salud son deficientes ya que no acude a control médico regular, tabaquismo actual de 1 a 5 cigarros al día desde los 15 años de edad, no ingiere alcohol desde hace 3 años; le gusta el café hasta dos veces por día; niega toxicomanías; conoce técnicas para mejorar su estado de bienestar, pero no las lleva a cabo.

Por los hallazgos anteriores esta necesidad se considera insatisfecha

10. Necesidad de comunicarse

GJGF se encuentra bajo sedación con ventilación mecánica por lo que se le imposibilita la comunicación.

Su hijo refiere que habla el idioma español, con lenguaje verbal claro, gesticula con las manos y con expresiones faciales, no tiene problemas para comunicarse; mantiene contacto con sus familiares y amigos, es expresivo con sus sentimientos, pensamientos y preocupaciones a sus familiares; últimamente no había tenido buen humor, ya que le preocupaba su situación de salud; personas significativas en su vida: sus padres, ex pareja y sus 3 hijos; sus necesidades sexuales no están cubiertas de forma satisfactoria ya que tiene 10 años divorciado.

Por los hallazgos anteriores esta necesidad se considera insatisfecha

11. Necesidad de vivir según sus creencias y valores

GJFG no pertenece a grupos sociales o religiosos, sin embargo, es católico; en su entorno familiar no existe la cultura de la donación de órganos; los valores más importantes para él y su familia son: el respeto, la justicia y la vida; se desconoce voluntad en cuanto a la realización de un testamento.

Por los hallazgos anteriores esta necesidad se considera satisfecha

12. Necesidad de trabajar y realizarse

Usuario últimamente no realiza actividades de ocio ni de satisfacción personal en algunas ocasiones le gusta escribir, actualmente se encuentra jubilado; su remuneración le permite cubrir sus necesidades y apoyar a sus hijos cuando lo necesitan.

Por los hallazgos anteriores esta necesidad se considera satisfecha

13. Necesidad de participar en actividades recreativas

Se encuentra bajo sedación, por lo que no se puede valorar esta necesidad. A GJFG le gusta ver televisión y dormir en sus tiempos libres, a veces leer, e ir a visitar a su familia; esto le relaja; considera que el tiempo que le dedica a esto es el adecuado ya que no realiza otras actividades.

Por los hallazgos anteriores esta necesidad se considera satisfecha

14. Necesidad de aprendizaje

Durante la valoración se encuentra bajo sedación. Cuenta con estudios de ingeniería química era docente en una universidad, no tiene dificultad para aprender o retener conceptos, no presenta discapacidad neurológica o psicológica que afecte el aprendizaje, su método de aprendizaje es la lectura, conoce su enfermedad y tratamiento, pero no se apegó al mismo, refiere el familiar.

Por los hallazgos anteriores esta necesidad se considera insatisfecha

4.8 Diagnósticos de enfermería

En este apartado se describen los diagnósticos de enfermería que presenta el usuario, ordenados de acuerdo a las 14 necesidades de Virginia Henderson.

1. Necesidad de oxigenación

- (00030) Deterioro del intercambio de gases r/c desequilibrio en la ventilación-perfusión m/p palidez de piel, gasometría arterial anormal y taquicardia
- (00031) Limpieza ineficaz de las vías aéreas r/c vía aérea artificial (cánula orotraqueal) m/p cantidad moderada de esputo (secreciones), estertores basales bilaterales.
- (00228) Riesgo de perfusión tisular periférica ineficaz c/d procedimientos intravasculares, hipertensión, diabetes mellitus, sedentarismo, tabaquismo, conocimiento insuficiente sobre los factores agravantes.
- (00206) Riesgo de sangrado c/d régimen terapéutico (cirugía cardiovascular), herida quirúrgica, tiempos de protrombina (TP) 20 seg., plaquetas 140 ml/mm³.

2. Necesidad de nutrición e hidratación

- (00233) Sobrepeso r/c consumo de alimentos de alto contenido calórico, azúcares, actividad física diaria media inferior a la recomendada según el sexo y la edad, conducta sedentaria m/p IMC 27 kg/m².

3. Necesidad de eliminación

- (00197) Riesgo de motilidad gastrointestinal disfuncional c/d inmovilidad, cambio en la alimentación, diabetes mellitus.

7. Necesidad de termorregulación

- (00006) Hipotermia r/c enfermedad, inactividad, evaporación de la piel en un ambiente frío, temperatura ambiental baja (25°C) m/p frialdad de la piel, taquicardia, temperatura de la piel por debajo del rango normal.

8. Necesidad de higiene y protección de la piel

- (00004) Riesgo de infección c/d sitio quirúrgico, ruptura de la primera línea de defensa (procedimientos invasivos: Catéter central, heridas quirúrgicas en línea media externa, 14 cm aprox., Hx. Qx. en MPI. de aprox. 40 cm, sitio de inserción de BIAC en MPD).
- (00004) Riesgo de infección c/d procedimientos invasivos (sonda foley).
- (00249) Riesgo de úlceras por presión c/d escala Q de Braden de 7 puntos, edema miembros pélvicos, enfermedad cardiovascular, inmovilización física (sedación), tabaquismo.

9. Necesidad de evitar los peligros

- (00155) Riesgo de caídas c/d recuperación quirúrgica postoperatoria, estado neurológico (RASS -5).

4.9 Plan de cuidados

1. Necesidad de oxigenación																																																							
Nombre: GJGF Sexo: Masc. Edad: 63 años Dx: PO revascularización coronaria 4 puentes Servicio: UTI 5 Fecha: 26/01/18																																																							
Diagnostico de Enfermería: (00030) Deterioro del intercambio de gases.	Deterioro del intercambio de gases r/c desequilibrio en la ventilación- perfusión m/p palidez de piel, gasometría arterial anormal y taquicardia																																																						
Definición: Exceso o déficit en la oxigenación y/o eliminación de dióxido de carbono en la membrana alveolo-capilar.																																																							
Dominio: Eliminación e Intercambio (03)	Clase: Función respiratoria (04)																																																						
Resultado de Enfermería (NOC): (0411) Respuesta de la ventilación mecánica: adulto	Definición: Intercambio alveolar y perfusión tisular apoyados eficazmente mediante ventilación mecánica.																																																						
Dominio: Salud fisiológica (II)	Clase: Cardiopulmonar (E)																																																						
○ Puntuación pre intervención: 4 (Desviación leve del rango normal)	→ Puntuación pos intervención: 4 (Desviación leve del rango normal)																																																						
Puntuación diana del resultado	Mantener a: 4 Aumentar a:																																																						
Puntuación global del resultado	<table border="1" style="width: 100%; text-align: center;"> <thead> <tr> <th>Desviación grave del rango normal</th> <th>Desviación sustancial del rango normal</th> <th>Desviación moderada del rango normal</th> <th>Desviación leve del rango normal</th> <th>Sin desviación del rango normal</th> <th>N/A</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td>1</td> <td>2</td> <td>3</td> <td>4</td> <td>5</td> <td>N/A</td> </tr> <tr> <td>1</td> <td>2</td> <td>○3</td> <td>→ 4</td> <td>5</td> <td>N/A</td> </tr> <tr> <td>1</td> <td>2</td> <td>3</td> <td>→ ○4</td> <td>5</td> <td>N/A</td> </tr> <tr> <td>1</td> <td>2</td> <td>3</td> <td>→ ○4</td> <td>5</td> <td>N/A</td> </tr> <tr> <td>1</td> <td>2</td> <td>3</td> <td>→ ○4</td> <td>5</td> <td>N/A</td> </tr> <tr> <td>1</td> <td>2</td> <td>3</td> <td>→ ○4</td> <td>5</td> <td>N/A</td> </tr> <tr> <td>1</td> <td>2</td> <td>3</td> <td>→ ○4</td> <td>5</td> <td>N/A</td> </tr> <tr> <td>1</td> <td>2</td> <td>3</td> <td>→ ○4</td> <td>5</td> <td>N/A</td> </tr> </tbody> </table>	Desviación grave del rango normal	Desviación sustancial del rango normal	Desviación moderada del rango normal	Desviación leve del rango normal	Sin desviación del rango normal	N/A	1	2	3	4	5	N/A	1	2	○3	→ 4	5	N/A	1	2	3	→ ○4	5	N/A	1	2	3	→ ○4	5	N/A	1	2	3	→ ○4	5	N/A	1	2	3	→ ○4	5	N/A	1	2	3	→ ○4	5	N/A	1	2	3	→ ○4	5	N/A
Desviación grave del rango normal	Desviación sustancial del rango normal	Desviación moderada del rango normal	Desviación leve del rango normal	Sin desviación del rango normal	N/A																																																		
1	2	3	4	5	N/A																																																		
1	2	○3	→ 4	5	N/A																																																		
1	2	3	→ ○4	5	N/A																																																		
1	2	3	→ ○4	5	N/A																																																		
1	2	3	→ ○4	5	N/A																																																		
1	2	3	→ ○4	5	N/A																																																		
1	2	3	→ ○4	5	N/A																																																		
1	2	3	→ ○4	5	N/A																																																		
Código	Indicadores																																																						
041102	Frecuencia respiratoria																																																						
041103	Ritmo respiratorio																																																						
041104	Profundidad de la inspiración																																																						
041126	Capacidad inspiratoria																																																						
041106	Volumen corriente pulmonar																																																						
041107	Capacidad vital																																																						

041108	Fración de oxígeno inspirado (FI02) satisface la demanda de oxígeno	1	2	3	4	→05	N/A
041109	Presión parcial de oxígeno en la sangre arterial (PaO2)	1	2	3	→0 4	5	N/A
041110	Presión parcial de dióxido de carbono en la sangre arterial (PaCO2)	1	2	→03	4	5	N/A
041111	pH arterial	1	2	3	→0 4	5	N/A
041112	Saturación de oxígeno	1	2	3	4	05	N/A
041113	Perfusión del tejido periférico	1	2	3	→04	5	N/A
041114	Dióxido de carbono del volumen corriente final	1	2	3	→04	5	N/A
041115	Pruebas de la función pulmonar	1	2	03	4	5	N/A
041116	Hallazgos de rayos X de tórax	1	2	03	4	5	N/A
041117	Equilibrio de la perfusión de ventilación	1	2	03	4	5	N/A
Puntuación global del resultado							
		Grave	Sustancial	Moderado	Leve	Ninguno	N/A
041122	Movimiento asimétrico de la pared torácica	1	2	3	4	→05	N/A
041123	Expansión asimétrica de la pared torácica	1	2	3	4	→05	N/A
041124	Dificultad para respirar con el ventilador	1	2	3	04	→5	N/A
041127	Sonidos respiratorios adventicios	1	2	03	→4	5	N/A
041134	Atelectasias	1	2	3	4	→05	N/A
041125	Ansiedad	1	2	3	4	5	→0N/A
041128	Inquietud	1	2	3	4	5	→0N/A
041129	Rotura de la piel en la zona de la traqueostomía	1	2	3	4	5	→0N/A
041130	Hipoxia	1	2	3	4	→05	N/A
041131	Infección pulmonar	1	2	3	4	→05	N/A
041132	Secreciones respiratorias	1	2	03	→4	5	N/A
041133	Dificultad para comunicar las necesidades	1	2	3	4	5	0N/A

<p>Intervención (NIC): (3300) Manejo de la ventilación mecánica: invasiva</p>	<p>Definición: Ayudar al paciente a recibir un soporte respiratorio artificial con un dispositivo insertado en la tráquea.</p>
<p>Campo: Fisiológico: complejo (II)</p>	<p>Clase: Control respiratorio (K)</p>
<p>.Actividades:</p> <ul style="list-style-type: none"> - Asegurarse de que las alarmas del ventilador están conectadas. - Comprobar de forma rutinaria los ajustes del ventilador, incluida la temperatura y la humidificación del aire inspirado. - Comprobar regularmente todas las conexiones del ventilador. - Observar si se producen un descenso del volumen espirado y un aumento de la presión inspiratoria. - Administrar los agentes paralizantes musculares, sedantes y analgésicos narcóticos que sean apropiados. - Controlar las actividades que aumentan el consumo de O2 (fiebre, escalofríos, crisis comiciales, dolor o actividades básicas de enfermería) que puedan desbordar los ajustes de soporte ventilatorio y causar una desaturación de O2. - Controlar los factores que aumentan el trabajo respiratorio del paciente/ventilador (obesidad mórbida, cabecera de la cama bajada, tubo endotraqueal mordido, condensación en los tubos del ventilador, filtros obstruidos). - Controlar los síntomas que indican un aumento del trabajo respiratorio (p. ej., aumento de la frecuencia cardíaca o 	<p>Fundamentación científica:</p> <p>La ventilación mecánica invasiva (VMI) es uno de los principales soportes vitales en el manejo del paciente críticamente enfermo debido a inestabilidad respiratoria. En general estos pacientes se caracterizan por presentar puntajes de gravedad elevados y por ende elevada mortalidad.</p> <p>Dentro del cuidado del paciente críticamente enfermo, el control y manejo de la vía aérea es uno de los puntos críticos. Su objetivo es proteger la vía aérea y obtener una adecuada ventilación alveolar. La importancia de prever una situación de urgencia, en cuanto a la intubación es vital. Es de gran importancia conocer qué tubo endotraqueal utilizar y qué vía de intubación preferir en cuanto al cuidado del paciente (24).</p> <p>Tomado de: Maldonado E, Fuentes I. Documento de Consenso: Prevención de Neumonía Asociada a Ventilación Mecánica del Adulto. Rev. Chilena de med. Int. [Internet]. [Internet]. 2018. [acceso 02 abril 2019]; (33)01: 15-28. Disponible en: https://www.medicina-intensiva.cl/reco/prevencion_NAV_2018.pdf</p>

<p>respiratoria, hipertensión, diaforesis, cambios del estado mental).</p> <ul style="list-style-type: none"> - Vigilar la eficacia de la ventilación mecánica sobre el estado fisiológico y psicológico del paciente. - Proporcionar cuidados para aliviar las molestias del paciente (p. ej., posición, limpieza traqueo-bronquial, terapia broncodilatadora, sedación y/o analgesia, comprobaciones frecuentes del equipo). - Vaciar el agua condensada de los colectores de agua. - Asegurarse de cambiar los circuitos del ventilador cada 24 horas. - Utilizar una técnica antiséptica en todos los procedimientos de succión. - Vigilar las lecturas de presión del ventilador, la sincronía paciente/ventilador y el murmullo vesicular del paciente. - Realizar aspiración, en función de la presencia de sonidos adventicios y/o aumento de las presiones inspiratorias. - Controlar la cantidad, color y consistencia de las secreciones - Detener la alimentación nasogástrica durante la aspiración y de 30 a 60 minutos antes de la fisioterapia torácica. - Silenciar las alarmas del ventilador durante la aspiración para disminuir la frecuencia de falsas alarmas. - Vigilar el progreso del paciente con los ajustes de ventilador y realizar los cambios apropiados. 	<p>Fundamentación científica:</p> <p>El conocimiento de la epidemiología de los pacientes que requieren VM, incluidas las tasas de mortalidad y los factores de riesgo de mortalidad, puede ayudar a mejorar las estrategias terapéuticas, al igual que el asesoramiento de los pacientes o sus familiares. La tasa de mortalidad de los pacientes que requieren ventilación mecánica es mayor, lo que puede estar relacionado con la gravedad de la enfermedad de los pacientes ingresados en UCI. Los factores de riesgo para la mortalidad hospitalaria incluyen condiciones presentes al inicio de las condiciones de ventilación mecánica que ocurrieren durante el soporte mecánico (25).</p> <p>Tomado de: Fialkow L, Farenzena M. Ventilación mecánica en pacientes en la unidad de cuidados intensivos de un hospital universitario general en el sur de Brasil: un estudio epidemiológico. Rev. Clínicas Sao Paulo. [Internet]. 2016. [acceso 02 abril 2019]; (03)05: 144-151. Disponible en: https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC47858</p>
--	---

- Observar si se producen efectos adversos de la ventilación mecánica (por ej., desviación traqueal, infección, gasto cardíaco reducido, distensión gástrica).
- Controlar la lesión de la mucosa bucal, nasal, traqueal o laríngea presión de las vías aéreas artificiales, presión elevada del balón o desintubaciones no programadas.
- Utilizar soportes de tubos comercializados en vez de esparadrapo o tiras para fijar las vías aéreas artificiales, con el fin de prevenir desintubaciones no programadas.
- Colocar al paciente de forma que facilite la concordancia ventilación/perfusión.
- Colaborar rutinariamente con el médico y el fisioterapeuta respiratorio para coordinar los cuidados.
- Fomentar una ingesta adecuada de líquidos y nutricional.
- Establecer el cuidado bucal de forma rutinaria con gasas blandas húmedas, antiséptico y succión suave.
- Documentar todos los cambios de ajustes del ventilador con una justificación de los mismos.
- Documentar todas las respuestas del paciente al ventilador y los cambios del ventilador (p. ej., observación del movimiento/ auscultación del tórax, cambios radiológicos, cambios en las gasometrías arteriales).
- Asegurar la presencia del equipo de emergencia a la cabecera del paciente en todo momento (p. ej., bolsa de reanimación manual conectada a oxígeno, mascarillas, equipo/suministros de succión) incluidos los preparativos necesarios si se producen caídas de tensión eléctrica.

<p>Intervención NIC: (3350) Monitorización respiratoria:</p>	<p>Definición: Recopilación y análisis de datos de un paciente para asegurar la permeabilidad de las vías aéreas y el intercambio gaseoso adecuado.</p>
<p>Campo: Fisiológico: complejo (II)</p>	<p>Clase: Control respiratorio (K)</p>
<p>Actividades:</p> <ul style="list-style-type: none"> - Vigilar la frecuencia, ritmo, profundidad y esfuerzo de las respiraciones. - Evaluar el movimiento torácico observando la simetría, utilización de músculos accesorios y retracciones de músculos intercostales y supraclaviculares. - Observar si se producen respiraciones ruidosas, como estridor. - Monitorizar los patrones de respiración - Monitorizar los niveles de saturación de oxígeno continuamente en pacientes sedados - Aplicar sensores de oxígeno continuos no invasivos. - Determinar la necesidad de aspiración auscultando para ver si hay crepitación o roncus en las vías aéreas principales. - Monitorizar las lecturas del ventilador mecánico, anotando los aumentos de presiones inspiratorias y las disminuciones de volumen corriente. 	<p>Fundamentación científica:</p> <p>Cada paciente ingresado a una unidad de cuidados intensivos requiere de monitorización respiratoria. El tipo a emplear dependerá de la patología y fisiopatología que lo caracterice. En la actualidad se dispone de múltiples parámetros que entregan datos objetivos, los cuales permiten evaluar determinadas intervenciones terapéuticas, establecer diagnósticos, lograr metas y evitar complicaciones ocasionadas por los cambios dinámicos en el paciente. La monitorización respiratoria representa un importante rol. Por tanto, su apropiado uso y correcta interpretación (reconociendo qué señales y variables deben ser priorizadas) deberían ayudar a un mejor entendimiento de la fisiopatología de la enfermedad y de los efectos de las intervenciones terapéuticas. Asimismo, la monitorización del paciente ventilado permite, entre otras determinaciones, evaluar diversos parámetros de la mecánica respiratoria, conocer el estado de los diferentes componentes del sistema respiratorio y guiar los ajustes de la terapia ventilatoria (26).</p> <p>Tomado de: Donoso A., Arriagada D. Monitorización respiratoria del paciente pediátrico en la Unidad de Cuidados Intensivos. Rev. Bol. Med. Hosp. Infant. Mex [Internet]. 2016 [acceso 02 abril 2019]; 73(3): 149-165. Disponible en: http://www.scielo.org.mx/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1665-11462016000300149&lng=es.</p>

Fundamentación científica:

El cuidado respiratorio es importante en los pacientes que presentan complicaciones respiratorias después de una cirugía cardíaca como atelectasias, derrame pleural. El cuidado respiratorio se dedica a la prevención, tratamiento y estabilización de las complicaciones respiratorias después de la intervención de cirugía cardíaca, con el objetivo de mejorar la ventilación pulmonar, el intercambio gaseoso, disnea y darle una mejor calidad de vida al paciente, donde la rehabilitación respiratoria es un soporte importante en el tratamiento postcirugía cardíaca. Dentro de las técnicas y procedimientos que compromete el plan de cuidado respiratorio son: nebulización, oxigenoterapia, tos asistida, aspiración de secreciones, clapping, percusión, vibración, drenaje postural, ejercicios respiratorios como el triffow, respiración diafragmática o abdominal, respiración con los labios fruncidos y los ejercicios de expansión torácica. ayudará a disminuir las señaladas complicaciones respiratorias, también evitar una incidencia de mortalidad, reducir la estancia hospitalaria para lograr una mejor calidad de vida en los pacientes (10).

Tomado de: Chong MZ, Pérez JC. Complicaciones respiratorias más frecuentes en pacientes adultos en post cirugía cardíaca. Tesis Universidad de Guayaquil. [Internet]. 2018. [acceso 22 abril 2019]; Disponible en: <http://repositorio.ug.edu.ec/bitstream/redug/30222/1/TESIS-121%20Menying%20Chong%2c%20Juan%20Perez.pdf>

Evaluación

Durante el periodo de valoración en el turno de 12 horas, el resultado de la intervención fue positivo ya que mejoró levemente su estado respiratorio manteniendo una adecuada ventilación/perfusión. Dando una puntuación preintervención de 4 (desviación leve del rango normal) y al final de la valoración con una puntuación postintervención de 4 (desviación leve del rango normal).

Nombre: GJGF Sexo: Masc. Edad: 63 años Dx: PO revascularización coronaria 4 puentes Servicio: UTI 5 Fecha: 26 enero	
Diagnóstico de enfermería (00031) Limpieza ineficaz de las vías aéreas	Limpieza ineficaz de las vías aéreas r/c vía aérea artificial (cánula orotraqueal) m/p cantidad moderada de esputo (secreciones), estertores basales bilaterales.
Definición: Incapacidad para eliminar las secreciones u obstrucciones del tracto respiratorio para mantener las vías aéreas permeables.	
Dominio: 11 Seguridad/ Protección	Clase: 02 Lesión física
Resultado de Enfermería (NOC): (0410) Estado respiratorio: permeabilidad de las vías respiratorias	Definición: Vías traqueobronquiales abiertas, despejadas y limpias para el intercambio de aire.
Dominio: Salud fisiológica (II)	Clase: Cardiopulmonar (E)
<input type="radio"/> Puntuación pre intervención: 2 (Desviación sustancial del rango normal).	→ Puntuación pos intervención: 4 (Desviación leve del rango normal)
Puntuación diana del resultado:	Mantener a: Aumentar a: 4
Puntuación global del resultados	
Código	INDICADORES
041004	Frecuencia respiratoria
041005	Ritmo respiratorio
041011	Profundidad de la inspiración
041012	Capacidad de eliminar secreciones
	Desviación grave del rango normal
	Desviación sustancial del rango normal
	Desviación moderada del rango normal
	Desviación leve del rango normal
	Sin desviación del rango normal
	N/A
	1
	2
	3
	4
	5
	N/A
	1
	○ 2
	○ 2
	○ 2
	○ 2
	1
	2
	3
	3
	→4
	→4
	→4
	5
	5
	5
	5
	○ N/A

Puntuación global del resultados		Grave	Sustancial	Moderado	Leve	Ninguno	N/A
041002	Ansiedad	1	2	3	4	5	○ N/A
041011	Temor	1	2	3	4	5	○ N/A
041003	Asfixia	1	2	3	4	5	○ N/A
041007	Ruidos respiratorios patológicos	1	○2	3	→4	5	N/A
041013	Aleteo nasal	1	2	3	4	○5	N/A
041014	Jadeo	1	2	3	4	5	○ N/A
041015	Disnea en reposo	1	2	3	4	5	○ N/A
041016	Disnea de esfuerzo leve	1	2	3	○4	→5	N/A
041018	Uso de músculos accesorios	1	2	3	→○4	5	N/A
041019	Tos	1	2	3	4	→○5	N/A
041020	Acumulación de esputos	1	○2	3	→4	5	N/A
041021	Respiraciones agónicas	1	2	3	4	○5	→N/A
Intervención NIC: (3160) Aspiración de las vías aéreas Definición: Extracción de secreciones de las vías aéreas mediante la introducción de una sonda de aspiración en la vía aérea oral, nasofaríngea o traqueal del paciente.							
Campo: Fisiológico: complejo (II)							
Actividades: <ul style="list-style-type: none"> - Determinar la necesidad de la aspiración traqueal. - Auscultar los sonidos respiratorios antes y después de la aspiración Usar precauciones universales.							
Fundamento de la intervención: La Organización Panamericana de la Salud (OPS), en el 2015, señala que la falta de estandarización y desarrollo de instrumentos de protocolización científica y técnica especifica acerca del procedimiento en el manejo de la aspiración de secreciones en pacientes intubados							

<ul style="list-style-type: none"> - Hiperoxigenar con oxígeno al 100% durante al menos 30 segundos mediante la utilización del ventilador. - Utilizar equipo desechable estéril para cada procedimiento de aspiración traqueal. - Seleccionar el circuito cerrado de aspiración adecuado que sea la mitad del diámetro interior del tubo endotraqueal. - Utilizar una mínima cantidad de aspiración cuando se utilice un aspirador de pared, para extraer las secreciones (80-120 mmHg para adulto). - Monitorizar el estado de oxigenación del paciente (niveles de SaO₂), estado neurológico y estado hemodinámico (nivel de PAM y ritmo cardiaco), inmediatamente antes, durante y después de la succión. - Basar la duración de cada pasada en aspiración traqueal en la necesidad de extraer secreciones y en la respuesta del paciente a la aspiración. - Detener la aspiración si el paciente presenta taquicardia, un aumento de las extrasístoles ventriculares y desaturación. - Variar la técnica de aspiración en función de la respuesta clínica del paciente. - Realizar lavado de manos. - Utilizar el equipo de protección adecuado. 	<p>condicionan el incremento de la colonización de microorganismos adquiriendo infecciones nosocomiales, debido a que el procedimiento se hace en forma rutinaria, el no empleo de una valoración adecuada al paciente, el no uso de barreras de protección e incumplimiento de las normas de asepsia y antisepsia.</p> <p>La aspiración de secreciones en el paciente intubado constituye un procedimiento de vital importancia en el servicio de emergencia, cuyo objetivo es retirar del árbol bronquial las secreciones que el paciente no puede eliminar de forma espontánea, de esta manera se mantiene la permeabilidad del tubo endotraqueal, permitiendo un correcto intercambio de gases a nivel alveolo-capilar. Por ende, requiere que los profesionales de enfermería ejecuten este procedimiento con habilidades y destrezas logrando una valoración íntegra, comprobando la evaluación respiratoria del paciente antes y después de la aspiración, valorar la presencia de sibilancias inspiratorias, disminución o ausencia de ruidos respiratorios e incremento de la profundidad de la respiración (27).</p> <p>Tomado de: Chavez_Flores EM. Aspiración de secreciones en pacientes intubados por el enfermero. Servicio de observación/emergencia Hospital Nacional María Auxiliadora. Facultad de obst. y enf. [Internet]. 2017. [acceso 03 abril 2019]; Disponible en: http://www.repositorioacademico.usmp.edu.pe/bitstream/usmp/3751/3/chavez_femn.pdf</p>
--	--

<p>Intervención NIC: (3304) Manejo de la ventilación mecánica: prevención de la neumonía</p>	<p>Definición: Cuidados de un paciente con riesgo de desarrollar una neumonía asociada al ventilador.</p>
<p>Campo: Fisiológico: complejo (II)</p>	<p>Clase: Control respiratorio (K)</p>
<p>Actividades:</p> <ul style="list-style-type: none"> - Lavarse las manos antes y después de los cuidados del paciente, sobre todo después de vaciar los líquidos del circuito del ventilador. - Usar guantes y equipo/ropa de protección para el cuidado bucal y cambiar los guantes para evitar la contaminación cruzada durante la higiene bucal. - Monitorizar la cavidad oral, labios, lengua, mucosa bucal y el estado de los dientes. - Monitorizar la cavidad oral en busca de inflamación, hemorragia, candidiasis, exudados purulentos, cálculos y tinción. - Cepillar los dientes y la lengua con dentífrico o un colutorio bucal antiséptico, mediante movimientos circulares con un cepillo suave o un cepillo de aspiración. - Aclarar el cepillo de dientes después de cada uso y cambiar a intervalos regulares. - Ayudar en la aplicación de un agente desbridante o colutorio bucal en las encías, los dientes y la lengua con una torunda. - Aplicar una crema hidratante oral en la mucosa oral y los labios, según sea necesario. - Facilitar el uso de una cánula de Yankauer o succión suave para el cuidado oral, según sea necesario. 	<p>Fundamentación científica:</p> <p>Se conoce como todo procedimiento de respiración artificial que emplea un equipo para suplir o colaborar con la función respiratoria de una persona. Es una estrategia terapéutica que consiste en remplazar o asistir mecánicamente la ventilación pulmonar espontánea cuando ésta es inexistente o ineficaz para la vida. Para llevar a cabo la ventilación mecánica se puede recurrir o bien a una máquina (ventilador mecánico) o bien a una persona bombeando el aire manualmente mediante la compresión de una bolsa o fuelle de aire.</p> <p>Un paciente que se encuentra en ventilación mecánica posee una serie de complejidades y para que sea capaz de acoplarse a este sistema, requiere además mantenerse sedado, sometido a múltiples factores de estrés ambiental, compromiso del estado general y/o de conciencia, lo que implica la multiplicidad de cuidados que requieren en este periodo.</p> <p>Los cuidados de enfermería en pacientes sometidos a ventilación mecánica deben ser constantes y permanentes, otorgando una atención segura y de calidad, evitando la aparición de las complicaciones subyacentes a esta condición.</p> <p>Estandarizar los cuidados de la atención de enfermería en pacientes conectados a ventilación mecánica, con el fin de</p>

<ul style="list-style-type: none"> - Facilitar la aspiración subglótica antes de recolocar al paciente en decúbito supino la recolocación del tubo endotraqueal (ET) y el desinflado del balón del tubo ET. - Aspirar la tráquea, la cavidad oral y, a continuación, la nasofaringe para eliminar las secreciones por encima del balón del tubo ET con el fin de disminuir el riesgo de aspiración. - Lavar la cánula de Yankauer y las sondas de aspiración profunda después de cada uso y cambiar todos los días. - Mantener el cabecero de la cama elevado a 30-45°, salvo que esté contraindicado (p. ej., inestabilidad hemodinámica), sobre todo durante la alimentación por sonda enteral. - Girar al paciente con frecuencia (por lo menos cada 2 horas). - Considerar el uso de un tubo ET con balón que tenga aspiración en línea o subglótica. - Mantener una presión del balón del tubo ET de al menos 20 cmH₂O. - Controlar la profundidad del tubo ET. - Comprobar todas las conexiones del ventilador con regularidad. - Monitorizar si el paciente presenta signos y síntomas de infección respiratoria (p. ej., inquietud, tos, fiebre, aumento del ritmo cardíaco, cambios de las secreciones, leucocitosis, infiltrados en la radiografía de tórax). - Monitorizar y documentar la saturación de oxígeno. 	<p>ayudar al tratamiento de recuperación de la salud del paciente y evitar complicaciones subyacentes a esta condición. (28)</p> <p>Tomado de: Hospital Iquique. Protocolo manejo de enfermería de pacientes en ventilación mecánica [internet]. 2015 [actualizado 20 sep 2015]; acceso 10 abril 19]. Disponible en: http://www.hospitaliquique.cl/images/PCI/GCL-1.2.2-V.M.pdf</p> <p>Actualmente existen diversos y variados tópicos relacionados a conocimiento y práctica de enfermería dirigidos a los cuidados que se deben realizar en el paciente crítico. Entre los cuidados más relevantes que enfermería debe entregar, se encuentran los que están enfocados a prevenir la neumonía asociada a ventilación mecánica en el paciente ventilado (NAVM); sin embargo, la gestión del cuidado que enfermería debe realizar a estos pacientes, sigue siendo diferente en las distintas instituciones.</p> <p>Considera las medidas básicas como: educación y entrenamiento del equipo de salud, higiene estricta de manos antes de manipular la vía aérea, evitar cambios programados de circuitos, utilizar protocolos de sedación y la vía oro-traqueal como primera elección de intubación. También se detallan recomendaciones específicas como: uso de tubos oro-traqueales con aspiración subglótica, monitorizar la presión del cuff manteniéndola sobre 20 cm de H₂O, mantención de posición semisentado en al menos 30 grados, realizar aseo bucal con clorhexidina, el tipo de humidificación a utilizar, entre otros (24).</p>
--	--

	<p>Tomado de: Maldonado E, Fuentes I. Documento de Consenso: Prevención de Neumonía Asociada a Ventilación Mecánica del Adulto. Rev. Chilena de med. Int. [Internet]. [Internet]. 2018. [acceso 02 abril 2019]; (33)01: 15-28. Disponible en: https://www.medicina-intensiva.cl/reco/prevencion_NAV_2018.pdf</p>
<p>Evaluación: Durante el periodo de valoración en el turno de 12 horas, el resultado de la intervención fue positivo ya que se mantuvo con una adecuada ventilación, libre de secreciones. Dando una puntuación preintervención de 2 (desviación sustancial del rango normal) y al final de la valoración con una puntuación postintervención de 4 (desviación leve del rango normal).</p>	

Nombre: GJGF Sexo: Masc. Edad: 63 años Dx: PO revascularización coronaria 4 puentes Servicio: UTI 5 Fecha: 26 enero						
Diagnóstico de enfermería: (00029) Disminución del gasto cardíaco Definición: La cantidad de sangre bombeada por el corazón es inadecuada para satisfacer las demandas metabólicas del organismo.			Disminución del gasto cardíaco r/c alteración de la contractilidad, alteración de la poscarga, alteración del ritmo cardíaco, m/p cambios electrocardiográficos (isquemia), taquicardia, piel fría, edema.			
Dominio: 2 Salud fisiológica			Clase: E cardiopulmonar			
Resultado de Enfermería NOC: (0400) Efectividad de la bomba cardíaca:			Definición: Adecuación del volumen de sangre expulsado del ventrículo izquierdo para apoyar la presión de perfusión sistémica.			
Dominio: Salud fisiológica (II)			Clase: E cardiopulmonar (E)			
○ Puntuación pre-intervención _4 (Desviación leve del rango normal)			→ Puntuación post-intervención 4 (Desviación leve del rango normal)			
Puntuación diana del resultado			Mantener a: 4			
Puntuación global del resultado						
Código	Indicadores	1	2	3	4	5
040001	Presión sanguínea sistólica	1	2	3	→○4	5
040019	Presión sanguínea diastólica	1	2	3	→○4	5
040002	Frecuencia cardíaca	1	2	○3	→4	5
040003	Índice cardíaco	1	2	3	→○4	5
040004	Fracción de eyección	1	2	3	→○4	5
040006	Pulsos periféricos	1	2	○3	→4	5
040007	Tamaño cardíaco	1	2	3	→○4	5
						N/A

040020	Gasto urinario	1	2	3	→04	5	N/A
040022	Equilibrio de la ingesta y excreción en 24 horas	1	2	3	4	5	○N/A
040025	Presión venosa central	1	2	3	→04	5	N/A
Puntuación global del resultado							
040009	Ingurgitación de las venas del cuello	1	2	3	04	5	N/A
040010	Arritmia	1	2	03	→4	5	N/A
040011	Ruidos cardíacos anómalos	1	2	→03	4	5	N/A
040012	Angina	1	2	3	4	→05	N/A
040013	Edema periférico	1	2	3	→04	5	N/A
040014	Edema pulmonar	1	2	3	→04	5	N/A
040015	Diaforesis profusa	1	2	3	04	→5	N/A
040016	Náuseas	1	2	3	4	→05	N/A
040017	Cansancio extremo	1	2	3	4	5	○N/A
040023	Disnea en reposo	1	2	3	4	5	○N/A
040026	Disnea de esfuerzo leve	1	2	3	4	5	○N/A
040024	Aumento de peso	1	2	3	4	→05	N/A
040027	Ascitis	1	2	3	4	→05	N/A
040028	Hepatomegalia	1	2	3	4	→05	N/A
040029	Deterioro cognitivo	1	2	3	4	5	○N/A
040030	Intolerancia a la actividad	1	2	3	4	5	○N/A
040031	Palidez	1	2	03	→4	5	N/A
040032	Cianosis	1	2	3	4	→05	N/A
040033	Rubor	1	2	3	4	→05	N/A

<p>Intervención NIC: (4254) Manejo del shock: cardiaco</p>	<p>Definición: Estimulación de una perfusión tisular adecuada para un paciente con un compromiso grave de la función de bombeo cardíaco.</p>
<p>Campo: Fisiológico: complejo (II)</p>	<p>Clase: Control de la perfusión tisular (N)</p>
<p>Actividades:</p> <ul style="list-style-type: none"> - Auscultar los pulmones para ver si hay sonidos adventicios. - Observar signos y síntomas de disminución del gasto cardíaco. - Observar los estudios de coagulación, incluidos el tiempo de protrombina (PT), el tiempo de tromboplastina parcial (TTP), el fibrinógeno, los productos de degradación/escisión de la fibrina y el recuento de plaquetas. - Mantener la precarga óptima por administración de líquidos i.v. o diuréticos. - Favorecer la reducción de la precarga (con vasodilatadores inhibidores de la enzima convertidora de angiotensina o balón intraaórtico de contrapulsación). - Comprobar si hay signos o síntomas de descenso del gasto cardíaco. - Observar si hay síntomas de perfusión arterial coronaria inadecuada (cambio en el segmento ST en el ECG, enzimas cardíacas elevadas). - Controlar y evaluar indicadores de hipoxia tisular. - Fomentar una precarga óptima minimizando al mismo tiempo la poscarga. 	<p>Fundamento de la intervención:</p> <p>La incapacidad del corazón de mantener un gasto cardíaco adecuado para cubrir los requerimientos metabólicos de los diferentes sistemas fisiológicos define a la insuficiencia cardíaca. Cuando dicha situación se agrava con signos clínicos y hemodinámicos que traducen la penuria circulatoria estamos frente al cuadro clínico de SC.</p> <p>La evaluación inicial de todo paciente con sospecha de shock debe incluir la valoración de la perfusión periférica y el estado de volumen intravascular. El compromiso del nivel de conciencia, las extremidades frías y la caída del gasto urinario son signos inespecíficos, pero de gran valor. La auscultación cardíaca puede revelar un tercer o cuarto ruido, o un soplo que puede sugerir la presencia de una complicación mecánica. Es de destacar que la ausencia del mismo no excluye el diagnóstico. Deben buscarse signos de congestión pulmonar, ingurgitación yugular y edema periférico. En los pacientes con compromiso del ventrículo derecho o taponamiento cardíaco se constata ingurgitación yugular con ausencia o muy discreto edema pulmonar. Además de la valoración clínica del SC, es necesaria la realización de una serie de exámenes de laboratorio para evaluar la situación de los diferentes</p>

<p>- Promover la perfusión adecuada de sistemas orgánicos.</p>	<p>sistemas y órganos: gasometría arterial y venosa, función renal y hepática, crisis sanguínea, glicemia, ionograma, hemograma. Se debe disponer precozmente de electrocardiograma (ECG), radiografía de tórax y ecocardiograma. La monitorización no invasiva deberá incluir ECG, saturación de Hb, presión arterial, frecuencia respiratoria, diuresis y temperatura. Se debe monitorizar en forma invasiva la presión venosa central (PVC) y la presión arterial media (PAM). Se debe valorar la colocación de un catéter de Swan Ganz para medir la presión capilar pulmonar (PCP), parámetro que resulta de gran utilidad diagnóstica y para evaluar la respuesta al tratamiento (29).</p> <p>Tomado de: Montes-Oca O. Shock cardiogénico en el infarto agudo de miocardio. Rev. Urug. Cardiol. [Internet]. 2014 [acceso 30 Nov. 2018]; 29 (1): 145-152. Disponible en: http://www.scielo.edu.uy/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1688-04202014000100018&lng=es</p>
<p>Intervención NIC: (4044) Cuidados cardiacos: agudos</p>	<p>Definición: Limitación de las complicaciones en un paciente que ha experimentado recientemente un episodio de desequilibrio entre el aporte y la demanda miocárdicos de oxígeno, con la consiguiente aparición de insuficiencia cardíaca.</p>
<p>Campo: 02 Fisiológico: complejo</p>	<p>Clase: N Control de la perfusión tisular</p>
<p>Actividades:</p> <ul style="list-style-type: none"> - Monitorizar el ritmo y la frecuencia cardíaca - Vigilar las tendencias de la presión sanguínea y los parámetros hemodinámicos. 	<p>Fundamento de la intervención: El tratamiento del SC comprende dos grandes aspectos: por un lado, las medidas de estabilización, con soporte ventilatorio, drogas inotrópicas y dispositivos de apoyo circulatorio, y, por otro, la pronta restauración del flujo sobre la arteria responsable</p>

<ul style="list-style-type: none"> - Auscultar los pulmones para ver si hay sonidos adventicios. - Monitorizar el estado neurológico. - Monitorizar el ECG para detectar cambios del segmento ST. - Administrar fármacos. - Administrar medicamentos que alivien/eviten el dolor e isquemia. - Extraer muestras sanguíneas para controlar los niveles de CPK, LDH y AST. - Monitorizar la función renal. - Controlar los electrolitos que pueden aumentar el riesgo de arritmias. - Realizar una radiografía de tórax. - Monitorizar la eficacia de la oxigenoterapia - Evitar la formación de trombos periféricos. - Realizar una evaluación exhaustiva del estatus cardíaco, incluida la circulación periférica 	<p>del infarto. El sostén vital es imprescindible, pero no puede sustituir ni debería retrasar la puesta en marcha de la revascularización, pues esta última es la que puede cambiar radicalmente el pronóstico de los pacientes. La articulación de estas medidas depende del cuadro clínico y el contexto asistencial donde actuemos. El paciente con SC debe ser asistido en un centro terciario con unidad de cuidados críticos, cardiología intervencionista y cirugía cardíaca. Cuando el SC se presenta en un centro sin esos recursos, el traslado debe asegurarse en las mejores condiciones posibles, con las medidas de sostén vital instaladas y la reperfusión farmacológica iniciada si ello estuviera indicado (29).</p> <p>Tomado de: Montes-Oca O. Shock cardiogénico en el infarto agudo de miocardio. Rev. Urug. Cardiol. [Internet]. 2014 [acceso 30 nov. 2018]; 29 (1): 145-152. Disponible http://www.scielo.edu.uy/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1688-04202014000100018&lng=es.</p>
<p>Intervención NIC: (4210) Monitorización hemodinámica: invasiva</p>	<p>Definición: Medición e interpretación de parámetros hemodinámicos invasivos para determinar la función cardiovascular y regular el tratamiento de forma adecuada.</p>
<p>Campo: 02 Fisiológico: complejo</p> <p>Actividades:</p> <ul style="list-style-type: none"> - Monitorizar la frecuencia y ritmo cardíacos. - Poner a cero y calibrar el equipo cada 4-12 horas, según corresponda, con el transductor a nivel de la aurícula derecha. 	<p>Clase: N Control de la perfusión tisular</p> <p>Fundamentación científica: La monitorización hemodinámica es una herramienta de indudable valor para la evaluación de los pacientes críticos. Nos permite no solo detectar y determinar el origen de la inestabilidad hemodinámica, sino también guiar la elección</p>

<ul style="list-style-type: none"> - Monitorizar la presión arterial (sistólica, diastólica y media), presión venosa central/auricular derecha, presión de arteria pulmonar (sistólica, diastólica y media) y la presión capilar/de enclavamiento de la arteria pulmonar. - Monitorizar las ondas hemodinámicas para ver si hay cambios de la función cardiovascular. - Comparar los parámetros hemodinámicos con otros signos y síntomas clínicos. - Utilizar un equipo de monitorización de gasto cardíaco de sistema cerrado. - Obtener el gasto cardíaco mediante la administración de una solución inyectada en 4 segundos, realizando la media de las tres inyecciones que difieran menos de 11 entre sí. - Monitorizar las ondas de la presión de la arteria pulmonar y arterial sistémica; si se observa una atenuación de la onda, comprobar si hay acodamientos o burbujas de aire en los tubos, verificar las conexiones, aspirar los coágulos de la punta del catéter, irrigar suavemente el sistema o ayudar a recolocar el catéter. - Documentar las ondas de presión de la arteria pulmonar y arterial sistémica. - Observar si hay disnea, fatiga, taquipnea y ortopnea. - Abstenerse de inflar el balón con mayor frecuencia que cada 1-2 horas, o cuando sea apropiado. - Observar si se produce la rotura del balón (evaluar la resistencia al inflarlo y permitir que el balón se desinflen de forma pasiva después de medir la presión capilar pulmonar/de enclavamiento de la arteria pulmonar). 	<p>del tratamiento más adecuado y evaluar con posterioridad su efectividad.</p> <p>La monitorización hemodinámica debe ser capaz de detectar la presencia de inestabilidad hemodinámica con hipoperfusión o hipoxia tisular global y, cuando esta existe, ayudar a implementar rápidamente el tratamiento más adecuado tutelando sus resultados.</p> <p>La monitorización hemodinámica en la evolución del paciente en estado crítico no solo depende de la fiabilidad de los sistemas de monitorización, sino también en la comprensión de las bases fisiológicas en las que se basan estos dispositivos, así como en el estricto conocimiento de sus limitaciones y en la correcta y juiciosa interpretación de sus valores (30).</p> <p>Tomada de: Gil A., Monge Ml. Evidencia de la utilidad de la monitorización hemodinámica en el paciente crítico. Rev. Med. Intensiva [Internet]. 2012 [acceso 10 abril]; 36(9): 650-655. Disponible en: http://scielo.isciii.es/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0210-56912012000900008&lng=es. http://dx.doi.org/10.1016/j.medin.2012.06.004</p>
--	---

<ul style="list-style-type: none"> - Evitar los émbolos de aire (extraer las burbujas de aire del tubo: si se sospecha la rotura del balón, hay que abstenerse de intentar inflar el balón y fijar el puerto del mismo). - Mantener la esterilidad de los puertos. - Mantener un sistema de presión cerrado en los puertos. - Realizar los cambios de vendajes estériles y los cuidados del sitio de inserción con una técnica apropiada. - Inspeccionar el sitio de inserción por si hubiera signos de hemorragia o infección. - Cambiar la solución i.v. y el tubo cada 24-72 horas. - Monitorizar los resultados de laboratorio para detectar una posible infección inducida por el catéter. - Administrar líquidos y/o expansores de volumen para mantener los parámetros hemodinámicos dentro del rango especificado. - Administrar agentes farmacológicos para mantener los parámetros hemodinámicos dentro del rango especificado. - Instruir al paciente y a la familia sobre el uso terapéutico de los catéteres de monitorización hemodinámica. 	
<p>Intervención NIC: (4092) Manejo del marcapasos: temporal:</p>	<p>Definición: Apoyo temporal del bombeo cardíaco mediante la introducción y uso de un marcapasos temporal.</p>
<p>Campo: Fisiológico: complejo (II)</p>	<p>Clase: Control de la perfusión tisular (N)</p>
<p>Actividades:</p> <ul style="list-style-type: none"> - Determinar las indicaciones del marcapasos temporal y la duración del soporte indicado. 	<p>Fundamento de la intervención:</p> <p>Un marcapasos es un dispositivo electrónico capaz de suministrar impulsos intermitentes al corazón, para controlar su ritmo y su frecuencia. Esta estimulación eléctrica puede ser</p>

<ul style="list-style-type: none"> - Determinar la mecánica buscada del marcapasos, incluida la conveniencia del tipo de generados de pulsos seleccionados. - Realizar una valoración global de la circulación periférica, temperatura de la piel y diaforesis. - Asegurar la monitorización continua del ECG a la cabecera del paciente. - Anotar la frecuencia y la duración de las arritmias. - Controlar la respuesta hemodinámica a las arritmias - Controlar la frecuencia y el ritmo cardiaco a intervalos específicos y cuando se produzcan cambios en el estado del paciente. - Palpar los pulsos periféricos a intervalos específicos. - Controlar si hay cambios del estado cardiaco o hemodinámico que indiquen la necesidad de modificar el estado del marcapasos. 	<p>temporal o permanente. La estimulación cardíaca temporal tiene por objetivo el sostenimiento artificial del ritmo cardiaco del paciente hasta que se subsane el problema, bien por la desaparición de la causa que lo produjo, o bien por la colocación de un marcapasos permanente.</p> <p>El personal de enfermería, dentro del equipo sanitario es de suma importancia para identificar prematuramente las posibles complicaciones en estos pacientes, debido a la continuidad de sus cuidados.</p> <p>Para evitar complicaciones del marcapasos temporal como: desplazamiento del electrodo, infección, tromboflebitis, estimulación diafragmática y disrritmias las evidencias empíricas sugieren que es necesario prevenir la infección mediante curas diarias, vigilar que el paciente mantenga inmovilizado el miembro afectado, observar posibles cambios en el electro y comprobar los parámetros del marcapasos (31).</p> <p>Tomado de: Martínez M., Pablos C. Cuidados de enfermería en los marcapasos temporales. Rev. Española de Cardiología. [Internet]. 2015. [acceso 15 abril 2019]. Disponible en: http://www.revvespcardiol.org/es/congresos/sec-2015-el-congreso/19/sesion/cuidados-agudos/1658/cuidados-enfermeria-los-marcapasos-temporales/19003/.</p>
<p>Evaluación: Durante el periodo de valoración en el turno de 12 horas, el resultado de la intervención fue positivo ya que se mantuvo sin alteraciones en el gasto cardiaco. Dando una puntuación preintervención de 4 (desviación leve del rango normal) y al final de la valoración con una puntuación postintervención de 4 (desviación leve del rango normal).</p>	

Nombre: GJGF Sexo: Masc. Edad: 63 años Dx: PO revascularización coronaria 4 puentes Servicio: UTI 5 Fecha: 26/01/18							
Diagnóstico de enfermería: (00228) Riesgo de perfusión tisular periférica ineficaz:		Riesgo de perfusión tisular periférica ineficaz c/d procedimientos intravasculares, hipertensión, diabetes mellitus, sedentarismo, tabaquismo, conocimiento insuficiente sobre los factores agravantes.					
Definición: Vulnerable a una disminución de la circulación sanguínea periférica, que puede comprometer la salud.							
Dominio: Salud fisiológica (II)		Clase: cardiopulmonar (E)					
Resultado de Enfermería (NOC): (0407) Perfusión tisular: periférica		Definición: Adecuación del flujo sanguíneo a través de los pequeños vasos de las extremidades para mantener la función tisular.					
Dominio: Salud fisiológica (II)		Clase: Cardiopulmonar (E)					
○ Puntuación preintervención: <u>4</u> (Desviación leve del rango normal)		→ Puntuación postintervención: <u>4</u> (Desviación leve del rango normal)					
Puntuación diana del resultado		Mantener a: 4				Aumentar a:	
Puntuación global del resultado							
Código	Indicadores	1	2	3	4	5	N/A
040715	Llenado capilar de los dedos de las manos	1	2	3	→○ 4	5	N/A
040716	Llenado capilar de los dedos de los pies	1	2	○ 3	→ 4	5	N/A
040710	Temperatura de extremidades	1	2	○ 3	→ 4	5	N/A
040730	Fuerza del pulso carotídeo (derecho)	1	2	3	→○ 4	5	N/A
040731	Fuerza del pulso carotídeo (izquierdo)	1	2	3	→○ 4	5	N/A
040732	Fuerza del pulso braquial (derecho)	1	2	3	→○ 4	5	N/A
040733	Fuerza del pulso braquial (izquierdo)	1	2	3	→○ 4	5	N/A
040734	Fuerza del pulso radial (derecho)	1	2	3	→○ 4	5	N/A

040735	Fuerza del pulso radial (izquierdo)	1	2	3	→○4	5	N/A
040736	Fuerza del pulso femoral (derecho)	1	2	3	→○4	5	N/A
040737	Fuerza del pulso femoral (izquierdo)	1	2	3	→○4	5	N/A
040738	Fuerza del pulso pedio (derecho)	1	2	3	→○4	5	N/A
040739	Fuerza del pulso pedio (izquierdo)	1	2	○3	→4	5	N/A
040727	Presión sanguínea sistólica	1	2	3	→○4	5	N/A
040728	Presión sanguínea diastólica	1	2	3	→○4	5	N/A
040740	Presión arterial media	1	2	3	→○4	5	N/A
		Grave	Sustancial	Moderado	Leve	Ninguno	N/A
040711	Soplos en extremidades	1	2	3	4	→○5	N/A
040712	Edema periférico	1	2	○3	→4	5	N/A
040713	Dolor localizado en extremidades	1	2	3	4	5	○ N/A
040729	Necrosis	1	2	3	4	→○5	N/A
040741	Aturdimiento	1	2	3	4	5	○ N/A
040742	Hormigueo	1	2	3	4	5	○ N/A
040743	Palidez	1	2	○3	4	→5	N/A
040744	Debilidad muscular	1	2	3	4	5	○ N/A
040745	Calambres musculares	1	2	3	4	5	○ N/A
040746	Rotura de la piel	1	2	○3	→4	5	N/A
040747	Rubor	1	2	3	4	→○5	N/A
040748	Parestesia	1	2	3	4	5	○ N/A
Intervención (NIC)		Definición:					
(4070) Precauciones circulatorias		Protección de una zona localizada con limitación de la perfusión.					

<p>Campo: Fisiológico: complejo (II)</p>	<p>Clase: Control de la perfusión tisular (N)</p>
<p>Actividades:</p> <ul style="list-style-type: none"> - Realizar una evaluación exhaustiva de la circulación periférica (comprobar pulsos periféricos, edema, llenado capilar, color y temperatura de la extremidad, así como índice tobillo-brazo, si está indicado). - No iniciar una infusión i.v. ni extraer sangre en la extremidad afectada. - No medir la presión arterial en la extremidad afectada. - No aplicar presión ni realizar torniquetes en la extremidad afectada. - Mantener una hidratación adecuada para evitar el aumento de viscosidad de la sangre. - Evitar lesiones en la zona afectada. - Evitar infecciones de las heridas. - Explorar las extremidades en busca de eritema, dolor o tumefacción. 	<p>Fundamentación científica:</p> <p>La perfusión tisular inefectiva se refiere a la alteración cuantitativa como consecuencia de disminución en el aporte de oxígeno y nutrientes a los tejidos. El encargado de la distribución y el aporte de estos elementos es el sistema cardiovascular, que al presentar alteración de alguno de sus componentes, sangre, corazón y lechos vasculares, se afecta la perfusión tisular; estas alteraciones pueden ser determinadas con la monitorización hemodinámica. Las alteraciones cardiovasculares y los problemas de perfusión sanguínea se presentan en los pacientes en estado crítico como motivo de ingreso o como complicación de enfermedades que afectan otros sistemas corporales y sus repercusiones en el individuo varían de acuerdo con los órganos comprometidos. La monitorización hemodinámica permite al enfermero establecer perfiles hemodinámicos para detectar los problemas que se relacionan con la perfusión tisular inefectiva, tales como la disminución del volumen intravascular, la disminución de las resistencias vasculares sistémicas y la falla del corazón como bomba (32).</p> <p>Tomado de: Duque C, Salazar OA. Monitoria hemodinámica en el cuidado de enfermería de los pacientes en estado crítico con perfusión tisular inefectiva. Rev. Universidad de Antioquia. [Internet]. 2010. [acceso 10 abril 2019]. Disponible en: http://bibliotecadigital.udea.edu.co/dspace/handle/10495/1355</p>

Evaluación

Durante el periodo de valoración en el turno de 12 horas, el resultado de la intervención fue positivo ya que se mantuvo sin alteraciones en la circulación sanguínea periférica. Dando una puntuación preintervención de 4 (desviación leve del rango normal) y al final de la valoración con una puntuación postintervención de 4 (desviación leve del rango normal).

Nombre: GJGF Sexo: Masc. Edad: 63 años Diagnostico: PO revascularización coronaria 4 puentes Servicio: UTI 5 Fecha: 26/01/18						
Diagnóstico de enfermería: (00206) Riesgo de sangrado		Riesgo de sangrado c/d régimen terapéutico (cirugía cardiovascular), herida quirúrgica, tiempos de protrombina (TP) 20 seg., plaquetas 140 ml/mm ³ .				
Definición: Riesgo de disminución del volumen de sangre que puede comprometer la salud.						
Dominio: 11 Seguridad/protección		Clase: 2. Lesión física				
Resultado de Enfermería (NOC): (0413) Severidad de la pérdida de sangre:		Definición: Gravedad del sangrado/hemorragia interna o externa				
Dominio: Salud fisiológica (II)		Clase: Cardiovascular (E)				
○ Puntuación preintervención: 2 (Sustancial)		→ Puntuación postintervención: 3 (Moderado)				
Puntuación diana del resultado:		Mantener a: Aumentar a: 4				
Puntuación global del resultado						
Código	Indicadores	Grave	Sustancial	Moderado	Leve	Ninguno
41301	Pérdida de sangre visible	1	2	3	4	5
41302	Hematuria	1	2	3	4	→○5
41303	Sangre manifiesta por el ano	1	2	3	4	→○5
41304	Hemoptisis	1	2	3	→○4	5
41305	Hematemesis	1	2	3	4	○5
41306	Distensión abdominal	1	2	→○3	4	5
41307	Sangrado vaginal	1	2	3	4	5
41308	Hemorragia postoperatoria	1	○2	→3	4	5
41309	Disminución de la presión arterial sistólica	1	○2	→3	4	5
41310	Disminución de la presión arterial diastólica	1	○2	→3	4	5
41311	Aumento de la frecuencia cardíaca apical	1	○2	→3	4	5
						N/A

041312	Pérdida de calor corporal	1	○2	3	→4	5	N/A	
041313	Palidez de piel y mucosas	1	○2	→3	4	5	N/A	
041314	Ansiedad	1	2	3	4	5	○N/A	
041315	Disminución de la cognición	1	2	3	4	5	○N/A	
041316	Disminución de la hemoglobina (Hgb)	1	○2	→3	4	5	N/A	
041317	Disminución del hematocrito (Hct)	1	○2	→○3	4	5	N/A	
Intervención (NIC)		Definición: Limitación de la pérdida de volumen sanguíneo durante un episodio de hemorragia.						
(4028) Disminución de la hemorragia: heridas		Clase: Control de la perfusión tisular (N)						
Campo: Fisiológico: complejo (II)								
Actividades:		<ul style="list-style-type: none"> - Monitorizar la presión arterial y de los parámetros hemodinámicos - Monitorizar el estado hídrico - Registrar el nivel de hemoglobina/ hematocrito antes y después de la pérdida de sangre. - Monitorizar la presión arterial y de los parámetros hemodinámicos. - Monitorizar la coagulación, incluidos el tiempo de protrombina (TP), el tiempo de tromboplastina parcial (TTP), el fibrinógeno, los productos de degradación/escisión de la fibrina y recuento de plaquetas. - Monitorizar los factores determinantes de aporte tisular de oxígeno 						
Fundamento de la intervención:		<p>La hemorragia figura dentro de las principales complicaciones de la cirugía cardíaca; su efecto en el pronóstico establece la necesidad de conocer su fisiopatología, así como los métodos necesarios para instituir una adecuada prevención y terapéutica.</p> <p>La hemorragia es un episodio esperado luego de la práctica de una operación cardíaca, siempre que no rebasa ciertos límites en términos de cantidad y tiempo.</p> <p>Las causas de la HMH después de un procedimiento cardíaco son diversas y pueden relacionarse con la complejidad quirúrgica, el uso de heparina, antiplaquetarios y anticoagulantes durante la operación, la coexistencia de aberraciones hemostáticas múltiples que se producen durante el <i>bypass</i> cardiopulmonar, la lesión de la pared de los vasos durante la intervención y la calidad del tejido subyacente posterior al procedimiento quirúrgico.</p>						

<ul style="list-style-type: none"> - Mantener el acceso iv permeable - Organizar la disponibilidad de hemoderivados - Monitorizar la función neurológica 	<p>En el caso de la cirugía de revascularización coronaria, en la que se utilizan las dos arterias mamarias, la tasa de hemorragia es mayor que en los procedimientos que emplean una sola arteria mamaria, o bien injertos venosos de safena. Por ello se deben crear protocolos para establecer la prevención y tratamiento adecuados (33).</p> <p>Tomado de: Arévalo S., Izaguirre R. Hemorragia mayor de lo habitual. Rev. Elsevier [Internet]. 2011. [acceso 10 abril 2019]; Vol. 81. Núm. S2: 6-89. Disponible en: https://www.elsevier.es/es-revista-archivos-cardiologia-mexico-293-articulo-hemorragia-mayor-lo-habitual-X140599401124181X#tbl1</p>
<p>Intervención (NIC) (3440) Cuidados del sitio de incisión</p>	<p>Definición: Limpieza, seguimiento y fomento de la curación de una herida cerrada mediante suturas, clips o grapas.</p>
<p>Campo: Fisiológico: complejo (II)</p>	<p>Clase: Control de la piel heridas (L)</p>
<p>Actividades:</p> <ul style="list-style-type: none"> - Inspeccionar el sitio de incisión por si hubiera eritema, inflamación o signos de dehiscencia o evisceración. - Observar las características de cualquier drenaje. - Vigilar el proceso de curación en el sitio de la incisión. - Limpiar la zona que rodea la incisión con una solución antiséptica apropiada. - Limpiar desde la zona limpia hacia la zona menos limpia. - Observar si hay signos y síntomas de infección en la incisión. 	<p>Fundamentación científica:</p> <p>Una herida quirúrgica es la interrupción de la integridad de la piel en el ámbito de intervención de un profesional sanitario, guardando medidas de asepsia, con objetivos terapéuticos y/o reparadores.</p> <p>Las heridas quirúrgicas cicatrizan por sí mismas rápidamente y sin complicaciones, aunque hay factores locales, y a nivel general, que van a afectar a la cicatrización. La buena cicatrización de una herida quirúrgica es un factor fundamental para el postoperatorio del paciente. Una cura rápida y sin complicaciones mejora el estado general del paciente,</p>

<ul style="list-style-type: none"> - Utilizar bastoncillos de algodón estériles para una limpieza eficaz de las suturas de alambre apretadas, heridas profundas y estrechas o heridas con cavidades. - Limpiar la zona que rodee cualquier sitio de drenaje o tubo con drenaje en último lugar. - Mantener la posición de cualquier tubo de drenaje. - Aplicar bandas adhesivas de cierre, según corresponda. - Aplicar una pomada antiséptica. - Cambiar gasas y vendajes en los intervalos adecuados. - Aplicar un vendaje adecuado para proteger la incisión durante el baño de esponja. 	<p>disminuye el dolor, acorta la estancia hospitalaria y ahorra costes sanitarios</p> <p>El objetivo ante una herida quirúrgica es que cicatrice sin complicaciones, y prevenir la infección, optimizando así el coste-efectividad. Es importante una preparación del lecho de la lesión para reducir al mínimo su carga bacteriana, y que esté en condiciones óptimas para una correcta cicatrización (34).</p> <p>Tomado de: Rodríguez A, Segovia T. Elaboración de un protocolo para el manejo de la herida quirúrgica en cirugía de cabeza y cuello: una cura eficaz, efectiva y eficiente en pacientes laringectomizados. Gerokomos [Internet]. 2014. [acceso 01 abril 2019]; 25(2): 81-89. Disponible en: http://scielo.isciii.es/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1134-928X2014000200006&lng=es.http://dx.doi.org/10.4321/S1134-928X2014000200006</p>
<p>Evaluación</p> <p>Durante el periodo de valoración en el turno de 12 horas, el resultado de la intervención fue positivo ya que disminuyo el riesgo de sangrado y mejoraron los signos vitales. Dando una puntuación preintervención de 2 (sustancial) y al final de la valoración con una puntuación postintervención de 3 (moderado).</p>	

2. NECESIDAD DE NUTRICIÓN E HIDRATACIÓN

Nombre: GJGF Sexo: Masc. Edad: 63 años Dx: PO revascularización coronaria 4 puentes Servicio: UTI 5 Fecha: 26/01/18

Diagnóstico de enfermería: (00233) Sobrepeso: Problema en el cual un individuo acumula un nivel de grasa anormal o excesivo para su edad y sexo.

Sobrepeso r/c consumo de alimentos de alto contenido calórico, azúcares, la actividad física diaria media es inferior a la recomendada según el sexo, la edad conducta sedentaria m/p IMC 27 kg/m².

Dominio: 2. Nutrición

Clase: 1 Ingestión

Resultado de Enfermería (NOC):

(1008) Estado nutricional: ingestión alimentaria y de líquidos

Definición: Cantidad de ingesta de líquidos y sólidos durante un período de 24 horas.

Dominio: Salud fisiológica (II)

Clase: Digestión y nutrición (K)

○ Puntuación preintervención: 4 (Sustancialmente adecuado)

→ Puntuación postintervención: 4 (Sustancialmente adecuado)

Puntuación diana del resultado:

Mantener a: 4

Aumentar a:

Puntuación global del resultado

Código	Indicadores	1	2	3	4	5	N/A
100801	Ingestión alimentaria oral	1	2	3	4	5	○N/A
100802	Ingestión alimentaria por sonda	1	2	3	→○4	5	N/A
100803	Ingestión de líquidos orales	1	2	3	4	5	○N/A
100804	Administración de líquidos i.v.	1	2	3	→○4	5	N/A
100805	Administración de líquidos con nutrición parenteral total	1	2	3	4	5	○N/A

<p>Intervención (NIC) (1160) Monitorización nutricional</p>	<p>Definición: Recogida y análisis de los datos del paciente referentes a la ingesta nutricional.</p>
<p>Campo: Fisiológico: Básico (I)</p>	<p>Clase: Apoyo nutricional (B)</p>
<p>Actividades:</p> <ul style="list-style-type: none"> - Pesarse al paciente. - Obtener medidas antropométricas de la composición corporal. - Vigilar las tendencias de pérdida y ganancia de peso. - Identificar los cambios recientes del peso corporal. - Evaluar la turgencia y movilidad cutáneas. - Identificar las anomalías de la piel (p. ej., hematomas excesivos, mala cicatrización de las heridas y hemorragia). - Identificar las anomalías del pelo (p. ej., seco, fino, tosco, y rotura fácil). - Identificar las anomalías de la defecación (p. ej., diarrea, sangre, moco y defecación irregular o dolorosa). - Monitorizar la ingesta calórica y dietética. - Identificar los cambios recientes de apetito y actividad. - Monitorizar el tipo y cantidad de ejercicio habitual. - Discutir el papel de los aspectos sociales y emocionales del consumo de alimentos. - Monitorizar la presencia de tejido conjuntival pálido, enrojecido y seco. - Identificar las anomalías ungueales. 	<p>Fundamento de la intervención:</p> <p>La presencia de obesidad está relacionada con el incremento en la morbilidad y mortalidad, resultado de complicaciones médicas agudas y crónicas, que incluyen diabetes mellitus, hipertensión, dislipidemia, enfermedad cardiovascular, litiasis, colecistitis, artritis y algunas formas de cáncer. La obesidad influye en una gran variedad de órganos, lo cual podría conferir a los pacientes obesos una desventaja durante la enfermedad grave (35).</p> <p>Tomado de: Vásquez HR, Revilla E. Mortalidad en el paciente críticamente enfermo con obesidad. Rev. Asoc. Mex. Med. Crít. Ter. Intensiva [Internet]. 2015. [acceso 01 abril 2019]; 29(2): 93-98. Disponible en: http://www.scielo.org.mx/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0187-84332015000200006&lng=es</p> <p>El paciente crítico es particularmente susceptible a desnutrición por estrés catabólico y déficit de aporte. Esta se asocia a deterioro clínico, disminución de calidad de vida, aumento de estancia y gasto sanitario, y es la principal causa de mortalidad y algunas complicaciones como hiperglucemia, infecciones o fallo orgánico. Distintos aspectos relacionados con la prevención, detección y manejo de desnutrición en un entorno determinado UCI.</p>

<ul style="list-style-type: none"> - Evaluar la deglución. - Identificar las anomalías del sistema musculoesquelético. - Realizar pruebas de laboratorio y monitorizar los resultados - (p. ej., colesterol, albúmina sérica, transferrina, prealbúmina, nitrógeno en orina de 24 horas, BUN, creatinina, hemoglobina, hematocrito, inmunidad celular, recuento total de linfocitos y niveles de electrolitos). - Determinar las recomendaciones energéticas (p. ej., ingesta diaria recomendada) basadas en factores del paciente (p. ej., edad, peso, talla, sexo y nivel de actividad física). - Determinar los factores que afectan a la ingesta nutricional. 	<p>La nutrición enteral (NE) ha demostrado notables beneficios, especialmente si se inicia durante las primeras 24- 48 horas desde el ingreso en UCI, destacando disminución de mortalidad, estancia hospitalaria y algunas complicaciones como hiperglucemia, fallo orgánico o infecciones (1,3). Sin embargo, el paciente crítico frecuentemente presenta dificultades para tolerar la NE. De la intolerancia a la NE puede derivarse un empeoramiento de la desnutrición y situación clínica del paciente (36)</p> <p>Tomado de: Bermejo H, Arias J. Monitorización de la nutrición enteral como indicador clínico para la evaluación de la calidad en unidades de cuidados intensivos. Rev. Nutr. Hosp. [Internet]. 2018. [acceso 02 abril 2019]; 35(1): 6-10. Disponible en: http://scielo.isciii.es/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0212-16112018000100006&Ing=es. http://dx.doi.org/10.20960/nh.1187</p>
<p>Evaluación Durante el periodo de valoración en el turno de 12 horas, el resultado de la intervención fue positivo ya que se mantuvo sin cambios en su estado nutricional. Dando una puntuación preintervención de 4 (Sustancialmente adecuado) y al final de la valoración con una puntuación postintervención de 4 (Sustancialmente adecuado).</p>	

3. Necesidad de eliminación

Nombre: GJGF **Sexo:** Masc. **Edad:** 63 años **Dx:** PO revascularización coronaria 4 puentes **Servicio:** UTI 5 **Fecha:** 26/01/18

Diagnóstico de Enfermería:
(00197) Riesgo de motilidad gastrointestinal disfuncional
Definición: Vulnerable a sufrir un aumento, disminución, falta de actividad peristáltica, o actividad peristáltica ineficaz del sistema gastrointestinal, que puede comprometer la salud.
Dominio: Eliminación e intercambio (03)
Resultado de Enfermería (NOC):
(1015) Función gastrointestinal
Dominio: Salud fisiológica (II)

Clase: Función gastrointestinal (02)
Definición: Capacidad del tracto gastrointestinal para digerir alimentos, absorber nutrientes y eliminar productos de desecho.
Clase: Nutrición (K)

→ Puntuación preintervención: 5 (No comprometido)
 → Puntuación postintervención: 5 (No comprometido)

Puntuación diana del resultado
 Mantener a: 5 Aumentar a:

Puntuación global del resultado		Gravemente comprometido	Sustancialmente comprometido	Moderadamente comprometido	Levemente comprometido	No comprometido	N/A
Código	Indicadores	1	2	3	4	5	N/A
101501	Tolerancia alimentos/alimentación	1	2	3	4	→ 5	N/A
101524	Apetito	1	2	3	4	5	→ 5 N/A
101525	Tiempo de vaciado gástrico	1	2	3	4	→ 5	N/A
101503	Frecuencia de deposiciones	1	2	3	4	5	→ 5 N/A
101504	Color de las deposiciones	1	2	3	4	5	→ 5 N/A
101505	Consistencia de las deposiciones	1	2	3	4	5	→ 5 N/A

101506	Volumen de las deposiciones	1	2	3	4	5	○N/A
101508	Ruidos abdominales	1	2	3	4	→○5	N/A
101509	Color del contenido gástrico aspirado	1	2	3	4	→○5	N/A
101510	Cantidad de residuos en el contenido gástrico aspirado	1	2	3	4	→○5	N/A
101526	pH del contenido gástrico aspirado	1	2	3	4	→○5	N/A
101527	Albumina sérica	1	2	→○3	4	5	N/A
101528	Hematocrito	1	2	→○3	4	5	N/A
101529	Glucemia	1	○2	3	→4	5	N/A
Puntuación global del resultado							
101513	Dolor abdominal	1	2	3	4	5	→○N/A
101514	Distensión abdominal	1	2	3	○4	→5	N/A
101515	Hipersensibilidad abdominal	1	2	3	4	→○5	N/A
101516	Regurgitación	1	2	3	4	→○5	N/A
101530	Reflujo gástrico	1	2	3	4	→○5	N/A
101517	Aumento de peristaltismo visible	1	2	3	4	○5	N/A
101520	Sangre en heces	1	2	3	4	→○5	N/A
101521	Elevación del recuento de leucocitos	1	→○2	3	4	5	N/A
101531	Indigestión	1	2	3	4	→○5	N/A
101532	Náuseas	1	2	3	4	5	→○N/A
101533	Vómitos	1	2	3	4	→○5	N/A
101534	Hematemesis	1	2	3	4	→○5	N/A
101535	Diarrea	1	2	3	4	→○5	N/A
101536	Estreñimiento	1	2	3	4	→○5	N/A
101537	Pérdida de peso	1	2	3	4	→○5	N/A

<p>Intervención (NIC): (1056) Alimentación enteral por sonda</p>	<p>Definición: Aporte de nutrientes y de agua a través de una sonda gastrointestinal</p>
<p>Campo: Fisiológico: básico (01)</p>	<p>Clase: Apoyo nutricional (D)</p>
<p>Actividades:</p> <ul style="list-style-type: none"> - Observar si la colocación de la sonda es correcta inspeccionando la cavidad bucal, comprobando si hay residuos gástricos o escuchando durante la inyección y extracción del aire. - Marcar el tubo en el punto de salida para mantener la colocación correcta. - Confirmar la colocación de la sonda mediante rayos X antes de administrar alimentos o medicaciones a través de ella. - Observar si hay presencia de sonidos intestinales cada 4-8 horas, según corresponda. - Vigilar el estado de líquidos y electrolitos. - Consultar con otros miembros del equipo de cuidados acerca de la selección del tipo y concentración de la alimentación enteral. - Parar la alimentación por sonda 1 hora antes de realizar algún procedimiento o traslado si el paciente se ha de colocar en una posición con la cabeza a menos de 30°. - Irrigar la sonda cada 4-6 horas durante la alimentación continuada y después de cada alimentación intermitente. - Utilizar una técnica higiénica en la administración de este tipo de alimentación. 	<p>Fundamentación científica:</p> <p>El beneficio de la nutrición enteral en el paciente crítico ha sido demostrado en varios estudios, especialmente si esta es iniciada precozmente, en las primeras 24-48h de ingreso en la Unidad de Cuidados Intensivos, y en la actualidad esta práctica es recomendada por las principales guías de práctica clínica. El inicio de nutrición enteral en el paciente crítico con inestabilidad hemodinámica es una decisión controvertida, fundamentalmente debido al potencial riesgo de isquemia intestinal asociado a su empleo.</p> <p>Desde un punto de vista conceptual y fisiopatológico, la NE administrada al paciente crítico con inestabilidad hemodinámica induciría un aumento tanto en los requerimientos de oxígeno a nivel intestinal como en el flujo sanguíneo esplácnico por vasodilatación a este nivel. Así, en caso de predominar el primer efecto podría predisponer a la isquemia intestinal, mientras que en el segundo caso aumentaría la perfusión esplácnica y podría contrarrestar la alteración a nivel de la microcirculación presente en el paciente en shock.</p> <p>Debe realizarse una definición protocolizada de las principales complicaciones asociadas a la NE: aumento</p>

<ul style="list-style-type: none"> - Comprobar la frecuencia de goteo por gravedad o la frecuencia de bombeo cada hora. - Mantener refrigerados los recipientes abiertos de la alimentación enteral. - Cambiar el lugar de introducción y el tubo de infusión de contacto del dispositivo diariamente con jabón suave y secar completamente. - Comprobar el nivel de agua del balón del dispositivo en contacto con la piel. - Desechar los recipientes de alimentación enteral y los equipos de administración cada 24 horas. - Observar si hay presencia de sonidos intestinales cada 4-8 horas. - Controlar el estado hidroelectrolítico. - Observar si hay signos de edema o deshidratación. - Controlar la ingesta/excreción de líquidos. - Comprobar si la ingesta de calorías, grasas, hidratos de carbono, vitaminas y minerales es adecuada. - Comprobar la existencia de residuos cada 4-6 horas durante las primeras 24 horas y después cada 8 horas durante la alimentación continuada. - Antes de cada alimentación intermitente, comprobar si hay residuos. 	<p>del residuo gástrico, distensión abdominal, diarrea asociada, aspiración de la dieta, etc. Debe hacerse hincapié en la monitorización de los signos de alarma de isquemia intestinal (37).</p> <p>Tomado de: Flordelis JL, Perez JL. Nutrición enteral en el paciente crítico con inestabilidad hemodinámica. <i>Ren Med. Intensiva</i>. [Internet]. 2015. [acceso 02 abril 2019]; Vol. 39. Núm.1; 1-64. Disponible en: http://www.medintensiva.org/es-nutricion-enteral-el-paciente-critico-articulo-S0210569114000734</p>
<p>Intervención (NIC): (0430) Control intestinal</p>	<p>Definición: Instauración y mantenimiento de un patrón regular de evacuación intestinal</p>

<p>Campo: Fisiológico: básico (01)</p> <p>Actividades:</p> <ul style="list-style-type: none"> - Anotar la fecha de la última defecación. - Monitorizar las defecaciones, incluyendo la frecuencia, consistencia, forma, volumen y color. - Monitorizar los sonidos intestinales. - Informar acerca de cualquier aumento de frecuencia y/o sonidos intestinales agudos. - Informar si hay disminución de los sonidos intestinales. - Monitorizar los signos y síntomas de diarrea, estreñimiento e impactación. - Tomar nota de problemas intestinales, rutina intestinal y uso de laxantes previos. - Administrar líquidos calientes después de las comidas. - Evaluar el perfil de la medicación para determinar efectos secundarios gastrointestinales. - Realizar una prueba de sangre oculta en heces. 	<p>Clase: Control de la eliminación (D)</p> <p>Fundamentación científica:</p> <p>El fallo intestinal agudo determina en gran medida la mortalidad del paciente crítico, a través de los siguientes mecanismos: La dismotilidad intestinal: prolonga la exposición del paciente a los microorganismos patógenos porque reduce la eliminación del contenido intestinal. Translocación bacteriana: los factores proinflamatorios microbianos o no microbianos inducen o aumentan una respuesta inflamatoria sistémica, un distrés respiratorio del adulto o un FMO. Inmunodepresión intestinal: la pared intestinal pierde su función de barrera y produce citoquinas y toxinas, lo que genera una respuesta pro inflamatoria que daña otros órganos. Limita la alimentación del paciente: se produce una intolerancia a la NE que deteriora más la barrera intestinal; se produce una disminución del aporte (por el aumento del residuo gástrico, la dismotilidad GI, y la disminución de la absorción), y con frecuencia aparece diarrea por disbacteriosis, y se produce un déficit nutricional. Incrementa el riesgo de sepsis: la exacerbación de la respuesta inmune intestinal y sistémica puede afectar otros órganos, lo que predispone al paciente a la sepsis y a la mortalidad.</p> <p>El objetivo es brindar a los profesionales de la salud las bases teóricas esenciales que sustenten su autopreparación para la prevención, diagnóstico y tratamiento del fallo intestinal agudo (38).</p>
--	--

	<p>Tomado de: Varona R, Elias KS. Fallo intestinal agudo en el paciente crítico. Rev. inf. cient. [Internet]. 2018 [acceso 13 abril 2019]; 97(4) Disponible en: http://www.revinfcientifica.sld.cu/index.php/ric/article/view/2015</p>
<p>Evaluación Durante el periodo de valoración en el turno de 12 horas, el resultado de la intervención fue positivo ya que se mantuvo sin alteraciones en sistema gastrointestinal y bajo glucemia capilar a 152mg/dL. Dando una puntuación preintervención al inicio de 5 (No comprometido) y al final de la valoración con una puntuación postintervención 5 (No comprometido).</p>	

7. NECESIDAD DE TERMORREGULACIÓN

Nombre: GJGF Sexo: Masc. Edad: 63 años Diagnóstico: PO revascularización coronaria 4 puentes Servicio: UTI 5 Fecha: 26/01/18							
Diagnóstico de enfermería: (00006) Hipotermia: Temperatura corporal central inferior al rango normal diurno a causa del fallo de la termorregulación.	Hipotermia r/c enfermedad, inactividad, evaporación de la piel en un ambiente frío, temperatura ambiental baja (25°C) m/p frialdad de la piel, taquicardia, temperatura de la piel por debajo del rango normal						
Dominio: 11. Seguridad/protección	Clase: 6 Termorregulación						
Resultado de Enfermería (NOC): (0800) Termorregulación	Definición: Equilibrio entre la producción, la ganancia y la pérdida de calor.						
Dominio: Salud fisiológica (II)	Clase: Regulación metabólica (I)						
<input type="radio"/> Puntuación preintervención: 3 (Moderadamente comprometido).	<input type="radio"/> Puntuación postintervención: 4 (Levemente comprometido)						
Puntuación diana del resultado	Mantener a: Aumentar a: 4						
Puntuación global del resultado							
Código	Indicadores	1	2	3	4	5	N/A
080009	Presencia de piel de gallina cuando hace frío	1	2	○3	→4	5	N/A
080010	Sudoración con el calor	1	2	○3	→4	5	N/A
080011	Tiritona con el frío	1	2	3	○→4	5	N/A
080017	Frecuencia cardíaca apical	1	2	○3	4	5	N/A
080012	Frecuencia del pulso radial	1	2	○3	4	5	N/A
080013	Frecuencia respiratoria	1	2	○3	→4	5	N/A
080015	Comodidad térmica referida	1	2	3	4	5	○N/A

Puntuación global del resultado		Grave	Sustancial	Moderado	Leve	Ninguno	N/A
080001	Temperatura cutánea aumentada	1	2	3	4	○5	N/A
080018	Disminución de la temperatura cutánea	1	2	○3	→4	5	N/A
080019	Hipertermia	1	2	3	4	→○5	N/A
080020	Hipotermia	1	2	○3	4	→5	N/A
080003	Cefalea	1	2	3	4	5	○N/A
080004	Dolor muscular	1	2	3	4	5	○N/A
080005	Irritabilidad	1	2	3	4	5	○N/A
080006	Somnolencia	1	2	3	4	5	○N/A
080007	Cambios de coloración cutánea	1	2	○3	→4	5	N/A
080008	Contractura muscular	1	2	3	4	→○5	N/A
080014	Deshidratación	1	2	3	4	→○5	N/A
080021	Calambres por calor	1	2	3	4	→○5	N/A
080022	Golpe de calor	1	2	3	4	5	○N/A
080023	Congelación	1	2	3	4	→○5	N/A
Intervención (NIC) (3800) Tratamiento de la hipotermia		Definición: Prevención de la pérdida de calor, recalentamiento y vigilancia de un paciente cuya temperatura corporal es anormalmente baja debido a circunstancias no inducidas.					
Dominio: Fisiológica compleja (II)		Clase: Termorregulación (M)					
Actividades: - Monitorizar la temperatura del paciente, usando el dispositivo de medición y la vía más apropiados.		Fundamento de la intervención: La hipotermia es un cuadro clínico muy frecuente en el postoperatorio inmediato, el cual puede desencadenar una					

<ul style="list-style-type: none"> - Apartar al paciente del ambiente frío. - Retirar la ropa fría y húmeda del paciente. - Colocar al paciente en decúbito supino, minimizando los cambios ortostáticos. - Minimizar la estimulación del paciente (es decir, manipular con cuidado y evitar el movimiento excesivo) para no precipitar una fibrilación ventricular. - Aplicar recalentamiento pasivo (p. ej., manta, cubrir la cabeza, y calentar la ropa). - Aplicar recalentamiento externo activo (p. ej., almohadilla eléctrica colocada en el área del tronco antes que en las extremidades, - Administrar medicamentos con precaución. - Monitorizar los síntomas asociados con la hipotermia leve (p. ej., taquipnea, disartria, escalofríos, hipertensión arterial y diuresis), la hipotermia moderada (p. ej., arritmias auriculares, hipotensión, apatía, coagulopatía e hiporreflexia) y la hipotermia grave (p. ej., oliguria, ausencia de reflejos neurológicos, edema pulmonar y anomalías acidobásicas). - Monitorizar la aparición de shock por recalentamiento. - Monitorizar el color y la temperatura de la piel. - Identificar los factores médicos, ambientales y de otro tipo que puedan precipitar la hipotermia (enfermedad, estados de shock, inmovilización, climatología, edades extremas, medicamentos, diabetes). - Evitar el recalentamiento externo activo en pacientes con hipotermia 	<p>serie de complicaciones si no se toman en cuenta algunos cuidados por parte del personal de enfermería.</p> <p>La hipotermia inadvertida produce una pérdida de calor corporal superior a la capacidad del organismo para generarla, evento que puede suceder antes, 10 durante y/o después del procedimiento quirúrgico. Se puede presentar debido a ciertas características del paciente, como edad extrema, estado nutricional o presencia de enfermedades crónicas, como diabetes o enfermedades cardiovasculares, dando lugar a ciertas complicaciones, como la de interferir con la función normal de la cascada de coagulación, dar lugar a un alargamiento del tiempo de protrombina y tromboplastina, aún, siendo normales las cantidades de factores de coagulación de la sangre, y así, alterando la función plaquetaria. Así mismo, la hipotermia produce caída del gasto cardiaco, hipotensión y arritmias severas, de igual forma compromete la función del sistema inmune, haciendo susceptible al paciente a posibles infecciones del sitio operatorio.</p> <p>El profesional de enfermería que brinda cuidados a los pacientes en el período postoperatorio debe tener conocimientos y habilidades altamente calificadas para atender las eventuales complicaciones postquirúrgicas, las cuales necesitan de cuidados específicos e individualizados. (39).</p> <p>Tomado de: García-Romero M. Cuidados de enfermería para la prevención de complicaciones por hipotermia en la etapa postoperatoria inmediata en pacientes del Hospital Regional “Manuel Nuñez Butrón” de Puno. 2017. Universidad Nacional del Altiplano. [Internet]. 2017. [acceso 02 abril 2019]; Disponible en: http://repositorio.unap.edu.pe/handle/UNAP/8450</p>
--	--

<p>Intervención (NIC) (3900) Regulación de la temperatura</p> <p>Campo: Fisiológica: Complejo (II)</p>	<p>Definición: Consecución y mantenimiento de una temperatura corporal dentro del rango normal.</p> <p>Clase: Termorregulación (M)</p>
<p>Actividades:</p> <ul style="list-style-type: none"> - Comprobar la temperatura al menos cada hora. - Instaurar un dispositivo de monitorización de temperatura central continua. - Controlar la presión arterial, el pulso y la respiración. - Observar el color y la temperatura de la piel. - Observar y registrar si hay signos y síntomas de hipotermia e hipotermia. - Favorecer una ingesta nutricional y de líquidos adecuada. - Utilizar un colchón de calentamiento, mantas calientes y un ambiente cálido para elevar la temperatura corporal. - Utilizar un colchón de enfriamiento, mantas de agua circulante, baños tibios, compresas de hielo o aplicación de compresas de gel, así como un cateterismo intravascular de enfriamiento para disminuir la temperatura corporal. - Administrar la medicación adecuada para evitar o controlar los escalofríos. - Administrar medicamentos antipiréticos, si está indicado. 	<p>Fundamento de la intervención:</p> <p>La temperatura corporal es uno de los signos vitales que representa el equilibrio entre el calor producido por el metabolismo de los alimentos, del oxígeno y por las actividades musculares, y el calor que se pierde a través de la piel, los pulmones y las excretas corporales. Una temperatura estable fomenta el correcto funcionamiento de las células, los tejidos y los órganos, un cambio suele indicar la aparición de una enfermedad. Considerando que los pacientes que son sometidos a una intervención quirúrgica están expuestos a algunos factores que se relacionan directa o indirectamente con la presencia de episodios de hipotermia, se hace necesario plantear un cuidado específico con el objetivo de mantener la temperatura del paciente dentro de los límites que permitan evitar complicaciones al pasar a la etapa postoperatoria inmediata. Entre los cuidados de enfermería se encuentran la prevención de la hipotermia, precalentamiento corporal, funcionamiento del cuerpo sin y con precalentamiento, calentamiento corporal, regulación de la temperatura, tratamiento de la hipotermia, conservación de las funciones vitales estables (39).</p> <p>Tomado de: García-Romero M. Cuidados de enfermería para la prevención de complicaciones por hipotermia en la etapa postoperatoria inmediata en pacientes del Hospital Regional "Manuel Núñez Butrón" de Puno. 2017. Universidad Nacional del Altiplano. [Internet]. 2017. [acceso 02 abril 2019]; Disponible en: http://repositorio.unap.edu.pe/handle/UNAP/8450</p>

Evaluación

Durante el periodo de valoración en el turno de 12 horas, el resultado de la intervención fue positivo ya que mejoró la temperatura corporal (36.7°). Dando una puntuación preintervención de 3 (moderadamente comprometido) y al final de la valoración con una puntuación postintervención de 4 (levemente comprometido).

8. NECESIDAD DE HIGIENE Y PROTECCIÓN DE LA PIEL

Nombre: GJGF Sexo: Masc. Edad: 63 años Dx: PO revascularización coronaria 4 puentes Servicio: UTI 5 Fecha: 26/01/18							
Diagnóstico de enfermería: (00004) Riesgo de infección: Vulnerable a una invasión y multiplicación de organismos patógenos, que puede comprometer la salud.	(00004) Riesgo de infección c/d ruptura de la primera línea de defensa (procedimientos invasivos: Catéter central, heridas quirúrgicas en línea media external, 14 cm aprox., Hx. Qx. en MPI. de aprox. 40 cm, sitio de inserción de BIAC en MPD).						
Dominio: Seguridad/protección (11)	Clase: Infección (1)						
Resultado de Enfermería (NOC): (0702) Estado inmune	Definición: Resistencia natural y adquirida adecuadamente centrada contra antígenos internos y externos						
Dominio: Salud fisiológica (II)	Clase: Respuesta inmune (H)						
○ Puntuación preintervención: <u>2</u> (Sustancialmente comprometido).	→ Puntuación postintervención: <u>4</u> (Levemente comprometido)						
Puntuación diana del resultado:	Mantener a:						
	Aumentar a: 3						
Puntuación global del resultado							
Código	indicadores	1	2	3	4	5	N/A
070203	Estado gastrointestinal	1	○2	3	→4	5	N/A
070204	Estado respiratorio	○1	2	3	4	5	N/A
070205	Estado genitourinario	1	○2	3	→4	5	N/A
070207	Temperatura corporal	1	○2	3	→4	5	N/A
070208	Integridad cutánea	1	○2	3	→4	5	N/A
070209	Integridad mucosa	1	○2	3	→4	5	N/A
070211	Vacunaciones actuales	1	2	3	4	○5	N/A
070221	Detección de infecciones actuales	1	2	3	4	→○5	N/A

070212	Títulos de anticuerpos	1	2	3	→04	5	N/A
070213	Prueba de reacción cutánea con la exposición	1	2	3	4	5	○N/A
070214	Recuento absoluto leucocitario	1	2	→03	4	5	N/A
070215	Recuento diferencial leucocitario	1	2	→03	4	5	N/A
070216	Valores de células T4	1	2	3	→04	5	N/A
070217	Valores de células T8	1	2	3	→04	5	N/A
070218	Valores de complemento	1	2	3	4	5	○N/A
070219	Hallazgos radiográficos en el tórax	1	2	3	4	5	○N/A
Puntuación global del resultado							
		Grave	Sustancial	Moderado	Leve	Ninguno	N/A
070201	Infecciones recurrentes	1	2	3	4	→05	N/A
070202	Tumores	1	2	3	4	05	→N/A
070206	Pérdida de peso	1	2	→03	4	5	N/A
070210	Fatiga crónica	1	2	03	→4	5	N/A
Intervención (NIC)							
(6550) Protección contra las infecciones:							
Campo: Seguridad (4)							
Actividades:							
<ul style="list-style-type: none"> - Observar la vulnerabilidad del paciente a las infecciones. - Vigilar el recuento absoluto de granulocitos, el recuento de leucocitos y la fórmula leucocitaria. - Limitar el número de visitas. 							
Fundamento de la intervención:							
Las infecciones asociadas a cuidados sanitarios son errores prevenibles en su mayoría. Las infecciones exógenas tienen su origen tanto en reservorios inanimados (respiradores, sistemas de monitorización, superficies, etc.) como en portadores (trabajadores sanitarios o pacientes colonizados-infectados) y pueden transmitirse durante la práctica de la higiene o en el tratamiento terapéutico de los pacientes. Las estrategias para evitar la							

<ul style="list-style-type: none"> - Analizar todas las visitas por si padecen enfermedades transmisibles. - Mantener la asepsia para el paciente de riesgo. - Aplicar técnicas de aislamiento. - Proporcionar los cuidados adecuados a la piel en las zonas edematosas. - Inspeccionar la existencia de eritema, calor extremo, o exudados en la piel y las mucosas. - Inspeccionar el estado de cualquier incisión/herida quirúrgica. - Fomentar una ingesta nutricional suficiente. - Fomentar la ingesta adecuada de líquidos. - Fomentar el descanso. - Utilizar los antibióticos con sensatez. 	<p>transmisión horizontal son comunes a todas las infecciones e incluyen las intervenciones: higiene de manos, limpieza ambiental, aislamiento de contacto, evitar sobrecarga de trabajo.</p> <p>Considerar que las infecciones nosocomiales son errores evitables y conocer su incidencia son requisitos indispensables para su erradicación. La prevención de las infecciones nosocomiales (IN) debe basarse en educación y preparación (técnica, y asegurar un entorno de seguridad) del personal sanitario, y asegurar un entorno de trabajo en equipo, en el que se apliquen las intervenciones de mayor evidencia y menor dificultad de implantación y coste. El seguimiento de protocolos generales y específicos, con la introducción de rutinas de comprobación que minimicen en un ambiente de mucha complejidad el riesgo del error, debe contar con la complicidad de todo el personal sanitario, incluidos los órganos directivos (40).</p> <p>Tomado de: Palomar M, Rodríguez P. Prevención de la infección nosocomial en pacientes críticos. Rev. Med. Intensiva [Internet]. 2010. [acceso 01 abril 2019]; 34(8): 523-533. Disponible en: http://scielo.isciii.es/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0210-5691201000080005&Ing=es</p>
<p>Intervención (NIC) (3660) Cuidado de las heridas</p>	<p>Definición: Prevención de complicaciones de las heridas y estimulación de su curación.</p>
<p>Campo: Fisiológico: complejo (II)</p>	<p>Clase: Control de piel/heridas (L)</p>
<p>Actividades:</p> <ul style="list-style-type: none"> - Despegar los apósitos. 	<p>Fundamentación científica: Una herida quirúrgica es la interrupción de la integridad de la piel en el ámbito de intervención de un profesional sanitario,</p>

<ul style="list-style-type: none"> - Monitorizar las características de la herida, incluyendo drenaje, color, tamaño y olor. - Medir el lecho de la herida. - Limpiar con solución salina fisiológica o un limpiador no tóxico. - Administrar cuidados del sitio de incisión, según sea necesario. - Aplicar una crema adecuada en la piel/lesión. - Aplicar un vendaje apropiado al tipo de herida. - Reforzar el apósito, si es necesario. - Mantener una técnica de vendaje estéril al realizar los cuidados de la herida. - Cambiar el apósito según la cantidad de exudado y drenaje. - Inspeccionar la herida cada vez que se realiza el cambio de vendaje. - Comparar y registrar regularmente cualquier cambio producido en la herida. - Documentar la localización, el tamaño y el aspecto de la herida. - Cambiar de posición al paciente como mínimo cada 2 horas. - Colocar mecanismos de alivio de presión (p. ej., colchones con baja pérdida de aire, almohadillas para los brazos y para los talones). 	<p>guardando medidas de asepsia, con objetivos terapéuticos y/o reparadores.</p> <p>Las heridas quirúrgicas cicatrizan por sí mismas rápidamente y sin complicaciones, aunque hay factores locales, y a nivel general, que van a afectar a la cicatrización. La buena cicatrización de una herida quirúrgica es un factor fundamental para el postoperatorio del paciente. Una cura rápida y sin complicaciones mejora el estado general del paciente, disminuye el dolor, acorta la estancia hospitalaria y ahorra costes sanitarios</p> <p>El objetivo ante una herida quirúrgica es que cicatrice sin complicaciones, y prevenir la infección, optimizando así el coste-efectividad. Es importante una preparación del lecho de la lesión para reducir al mínimo su carga bacteriana, y que esté en condiciones óptimas para una correcta cicatrización (41).</p> <p>Tomado de: Rodríguez A, Segovia T. Elaboración de un protocolo para el manejo de la herida quirúrgica en cirugía de cabeza y cuello: una cura eficaz, efectiva y eficiente en pacientes laringectomizados. Gerokomos [Internet]. 2014. [acceso 16 abril 2019]; 25(2): 81-89. Disponible en: http://scielo.isciii.es/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1134-928X2014000200006&lng=es.http://dx.doi.org/10.4321/S1134-928X2014000200006</p>
--	--

<p>Intervención (NIC) (4054) Manejo de un dispositivo de acceso venoso central</p>	<p>Definición: Cuidado del paciente con un acceso venoso prolongado mediante el uso de un dispositivo insertado en la circulación central.</p>
<p>Campo: Fisiológico: complejo (II)</p>	<p>Clase: Control de fármacos (H)</p>
<p>Actividades:</p> <ul style="list-style-type: none"> - Determinar el tipo de dispositivo de acceso venoso central (DAVC) que está colocado. - Respetar las precauciones universales. - Adaptar los cuidados al tipo de dispositivo. - Comprobar la permeabilidad del DAVC justo después de administrar las medicaciones/infusiones prescritas. - Aspirar la sangre del dispositivo para comprobar su permeabilidad antes de administrar el tratamiento prescrito. - Realizar acciones adicionales para asegurar la permeabilidad si existen dificultades al aspirar o si no hay retorno de sangre, según el protocolo del fabricante y del centro para los dispositivos ocluidos. - Realizar un lavado con suero salino para el mantenimiento de los catéteres con válvula, pues la válvula evita el reflujo de sangre a la luz del catéter, lo que impide la oclusión trombótica. - Lavar los puertos implantados con suero salino heparinizado, con la concentración de heparina indicada por las normas del centro. 	<p>Fundamentación científica:</p> <p>Los catéteres venosos centrales (CVC) desempeñan un papel importante en el tratamiento de pacientes hospitalizados, especialmente en aquellos que están en estado crítico. La Unidad de Terapia Intensiva (UTI) utiliza medidas como procedimientos diagnósticos y dispositivos invasivos que pueden desencadenar complicaciones como las Infecciones Relacionadas a la Asistencia de la Salud (IRAS). Se destaca que la infección de la corriente sanguínea central es la principal complicación de los catéteres venosos centrales (CVC).</p> <p>Destaca la preocupación con los riesgos de infección a los cuales los pacientes están expuestos, la prevalencia de infección de la corriente sanguínea relacionada al catéter venoso central, la necesidad de obtener mejoras en el cuidado con la inserción y la mantención de los catéteres venosos profundos y la adopción de medidas basadas en evidencias para fundamentar el cuidado del equipo de salud.</p> <p>El uso de cuidados sistematizados, con reglas definidas por directrices basadas en evidencias, confiere seguridad y calidad al trabajo prestado por el equipo de terapia intensiva, repercutiendo efectivamente en la reducción de las tasas de Infecciones Relacionadas a la Asistencia a la Salud (42).</p>

- Utilizar dispositivos sin aguja para favorecer un sistema cerrado.
- Emplear jeringas de 10 ml para el acceso a los DAVC, pues los catéteres de silicona de menor calibre parecen crear una mayor presión, que puede provocar la rotura del catéter y el paso de coágulos al torrente sanguíneo.
- Verificar que el sistema de infusión intravenosa se fije con seguridad en su posición.
- Verificar que el sistema está sobre la cama o sobre el brazo del sillón de tratamiento; impedir que cuelgue o que esté a tensión.
- Utilizar dispositivos de fijación autoadhesiva cuando sea adecuado.
- Cambiar los sistemas de infusión de líquidos cada 72 horas, los de sangre cada 12 horas y los de administración de nutrición parenteral cada 24 horas.
- Utilizar soluciones i.v. y sistemas de infusión nuevos para los DAVC nuevos.
- Mantener un registro preciso de los líquidos infundidos.
- Aplicar un apósito de gasa durante las primeras 24 horas tras el procedimiento de inserción.
- Descontaminar los DAVC con gluconato de clorhexidina al 2% en alcohol isopropílico al 70% y dejar que sequen antes de acceder a ellos, a menos que esté contraindicado por el fabricante.
- Monitorizar la aparición de complicaciones de los DAVC.

Tomado de: Perin C, Erdmann L. Evidencia de cuidado para la prevención de la infección de la corriente sanguínea relacionada con el catéter venoso central: revisión sistemática. Rev. Latino-Am. Enfermagem [internet]. 2016. [acceso 15 abril 2019]; Disponible en: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0104-11692016000700612&lng=en. Epub 01 de septiembre de 2016. http://dx.doi.org/10.1590/1518-8345.1233.2787

- Inspeccionar el sitio de entrada a diario en busca de eritema, dolor, sensibilidad dolorosa, calor o tumefacción, pues los dispositivos se asocian con un mayor riesgo de infección.
- Retirar el dispositivo si se observa cualquier signo de inflamación, fuga o exudado en el sitio de entrada. Asegurarse de que cualquier infusión conectada al DAVC se haya cerrado antes de retirar un dispositivo.
- Utilizar apósitos transparentes semipermeables con los dispositivos no tunelizados y cambiarlos cada 7 días o antes si se mojan o se ensucian.
- Utilizar clorhexidina al 2% en una solución de alcohol isopropílico al 70% para limpiar la herida de salida y el catéter en todos los cambios del apósito, así como para descontaminar la piel antes de la inserción del DAVC, a menos que el paciente sea alérgico a la clorhexidina.

Evaluación

Durante el periodo de valoración en el turno de 12 horas, el resultado de la intervención fue positivo ya que disminuyo los riesgos de infección, con las intervenciones de enfermería. Dando una puntuación preintervención de 2 (Sustancialmente comprometido) y al final de la valoración con una puntuación postintervención de 4 (levemente comprometido).

Nombre: GJGF Sexo: Masc. Edad: 63 años Dx: PO revascularización coronaria 4 puentes Servicio: UTI 5 Fecha: 26/01/18							
Diagnostico de enfermería: (00004) Riesgo de infección: Vulnerable a una invasión y multiplicación de organismos patógenos, que puede comprometer la salud.		(00004) Riesgo de infección c/d procedimientos invasivos (sonda Foley).					
Dominio: Seguridad/protección (11)		Clase: Infección (1)					
Resultado de Enfermería (NOC): (0702) Estado inmune		Definición: Resistencia natural y adquirida adecuadamente centrada contra antígenos internos y externos					
Dominio: Salud fisiológica (II)		Clase: Respuesta inmune (H)					
○ Puntuación preintervención: 2 (Sustancialmente comprometido).		→ Puntuación postintervención: 4 (Levemente comprometido)					
Puntuación diana del resultado:		Mantener a: Aumentar a: 3					
Puntuación global del resultado							
Código	indicadores	1	2	3	4	5	N/A
070203	Estado gastrointestinal	1	○2	3	→4	5	N/A
070204	Estado respiratorio	○1	2	3	4	5	N/A
070205	Estado genitourinario	1	○2	3	→4	5	N/A
070207	Temperatura corporal	1	○2	3	→4	5	N/A
070208	Integridad cutánea	1	○2	3	→4	5	N/A
070209	Integridad mucosa	1	○2	3	→4	5	N/A
070211	Vacunaciones actuales	1	2	3	4	○5	N/A
070221	Detección de infecciones actuales	1	2	3	4	→○5	N/A
070212	Títulos de anticuerpos	1	2	3	→○4	5	N/A
070213	Prueba de reacción cutánea con la exposición	1	2	3	4	5	○N/A
070214	Recuento absoluto leucocitario	1	2	→○3	4	5	N/A

070215	Recuento diferencial leucocitario	1	2	→○3	4	5	N/A
070216	Valores de células T4	1	2	3	→○4	5	N/A
070217	Valores de células T8	1	2	3	→○4	5	N/A
070218	Valores de complemento	1	2	3	4	5	○N/A
070219	Hallazgos radiográficos en el tino	1	2	3	4	5	○N/A
Puntuación global del resultado							
		Grave	Sustancial	Moderado	Leve	Ninguno	N/A
070201	Infecciones recurrentes	1	2	3	4	→○5	N/A
070202	Tumores	1	2	3	4	○5	→N/A
070206	Pérdida de peso	1	2	→○3	4	5	N/A
070210	Fatiga crónica	1	2	○3	→4	5	N/A
Campo: Fisiológico: complejo (II)							
Intervención (NIC) (1876) Cuidados del catéter urinario							
Definición: Actuación ante un paciente con un equipo de drenaje urinario.							
Clase: Control de la eliminación (B)							
Fundamentación científica: El número de infecciones urinarias diagnosticadas y registradas, estarán en correspondencia con el tipo de Unidad de Cuidados Intensivos (UCI), la estadía en ese servicio, la enfermedad de base del paciente y los procedimientos invasivos que se practiquen. La infección del tracto urinario (ITU), según la Organización Mundial de la Salud, comprende un cuadro clínico muy variado, cuyo denominador común es la proliferación de							
Actividades:							
<ul style="list-style-type: none"> - Mantener un sistema de drenaje urinario cerrado, estéril y sin obstrucciones. - Asegurarse de que la bolsa de drenaje se sitúa por debajo del nivel de la vejiga. - Evitar inclinar las bolsas o sistemas de medición de orina para vaciar o medir la diuresis (es decir, medidas preventivas para evitar la contaminación ascendente). 							

<ul style="list-style-type: none"> - Utilizar bolsas o sistemas de medición de la orina con dispositivos de vaciado situados en el fondo del dispositivo. - Mantener la permeabilidad del sistema de catéter urinario. - Limpiar el equipo del drenaje urinario siguiendo el protocolo del centro. - Observar si hay distensión vesical. - Realizar cuidados rutinarios del meato uretral con agua y jabón durante el baño diario. - Limpiar la parte externa del catéter urinario a nivel del meato. - Limpiar la zona cutánea circundante con regularidad. - Observar las características del líquido drenado. - Colocar al paciente y el sistema de drenaje urinario en la posición debida para favorecer el drenaje urinario (es decir, asegurar que la bolsa de drenaje está por debajo del nivel de la vejiga). - Usar un sistema de fijación del catéter. - Vaciar el dispositivo de drenaje urinario con regularidad a los intervalos especificados. - Vaciar la bolsa de drenaje antes de cualquier traslado del paciente. - No colocar la bolsa de drenaje entre las piernas del paciente durante el traslado. 	<p>microorganismos, habitualmente bacterias, en el aparato urinario, al que dañan de forma total o parcial; asimismo, pueden conducir al deterioro de la función renal y ser la puerta de entrada de bacteriemias y sepsis con elevadas morbilidad y mortalidad.</p> <p>La prevención de las infecciones es esencial, por lo cual deben tenerse en cuenta medidas particularmente simples y de acceso universal, entre las cuales figuran: determinar indicaciones muy precisas para el uso del catéter vesical, utilizar circuitos cerrados de drenaje, máxima asepsia en el manipulado de los catéteres y buen lavado de manos posteriormente (43).</p> <p>Tomado de: Fong SV, Porto MR,. Infección del tracto urinario por uso del catéter vesical en pacientes ingresados en cuidados intensivos. Rev. Medisan [Internet]. 2014 [acceso 15 abril 2019]; 18(11): 1524-1530. Disponible http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1029-30192014001100006&lng=es</p>
<p>Evaluación Durante el periodo de valoración en el turno de 12 horas, el resultado de la intervención fue positivo ya que disminuyo los riesgos de infección en las vías urinarias con las intervenciones de enfermería. Dando una puntuación preintervención de 2 (Sustancialmente comprometido) y al final de la valoración con una puntuación postintervención de 4 (levemente comprometido).</p>	
<p>Nombre: GJGF Sexo: Masc. Edad: 63 años Diagnostico: PO revascularización coronaria 4 puentes Servicio: UTI 5 Fecha: 26/01/18</p>	

Diagnóstico de enfermería: (00249) Riesgo de úlceras por presión: Vulnerable a una lesión localizada de la piel y /o capas inferiores del tejido epitelial, generalmente sobre una prominencia ósea, como resultado de la presión o de la presión combinada con cizallamiento		Riesgo de úlceras por presión r/c escala Q de Braden de 7 puntos, edema miembros pélvicos, enfermedad cardiovascular, inmovilización física (sedación), tabaquismo.												
Dominio: 11 Seguridad/protección		Clase: 2 Lesión física												
Resultado de Enfermería (NOC): (1101) integridad tisular: piel y membranas mucosas:		Definición: Indemnidad estructural y función fisiológica normal de la piel y las membranas mucosas.												
Dominio: Salud fisiológica (II)		Clase: Integridad tisular (L)												
○ Puntuación preintervención: 3 (Moderadamente comprometido)		→ Puntuación postintervención:4 (Levemente comprometido)												
Puntuación diana del resultado		Mantener a:		Aumentar a: 4										
Puntuación global del resultado		Gravemente comprometido		Sustancialmente comprometido		Moderadamente comprometido		Levemente comprometido		No comprometido		N/A		
		Código	Indicadores	1	2	3	4	5						
		110101	Temperatura de la piel	1	2	○3	→4	5						N/A
		110102	Sensibilidad	1	○2	→3	4	5						N/A
		110103	Elasticidad	1	○2	3	→4	5						N/A
		110104	Hidratación	1	2	○3	→4	5						N/A
		110106	Transpiración	1	2	○3	→4	5						N/A
		110108	Textura	1	2	→○3	4	5						N/A
		110111	Perfusión tisular	1	2	○3	→4	5						N/A

		Grave	Sustancial	Moderado	Leve	Ninguno	N/A
110113	Integridad de la piel	1	○2	→3	4	5	NA
110115	Lesiones cutáneas	1	○2	3	4	5	N/A
110116	Lesiones de la mucosa	1	2	→3	→○4	5	N/A
110122	Palidez	1	2	○3	→4	5	N/A
Intervención (NIC) (3540) Prevención de nuevas úlceras por presión		Definición: Prevención de la formación de úlceras por presión en un individuo con alto riesgo de desarrollarlas.					
Campo: Fisiológico: complejo (II)		Clase: Control de la piel/heridas (L)					
Actividades:		<p>Fundamento de la intervención</p> <p>Las úlceras por presión son: lesiones de origen isquémico, la cual se localiza en la piel y tejidos subyacentes, sobre una prominencia ósea; causada por presión prolongada o fricción entre dos planos duros: prominencia ósea y sillón o cama, también se origina por fuerzas de cizallamiento en donde se combinan los efectos de la presión y fricción". Dicha presión puede reducir el flujo sanguíneo capilar de la piel y tejidos subyacentes, si la presión no desaparece, puede producir muerte celular, necrosis y rotura tisular. La presión capilar máxima se encuentra aproximadamente en 20 mmHg y la presión tisular media se ubica entre 16-33 mmHg.1-6. Las presiones en el colchón de una cama de hospital, medidas bajo</p>					
<ul style="list-style-type: none"> - Utilizar una herramienta de valoración de riesgo establecida para valorar los factores de riesgo del individuo (escala de Braden). - Utilizar métodos de medición de la temperatura corporal para determinar el riesgo de úlceras por presión. - Documentar el peso y los cambios de peso. - Registrar el estado de la piel durante el ingreso y luego a diario. - Vigilar estrechamente cualquier zona enrojecida. - Valorar frecuentemente el estado de la piel debido a los cambios en el estado clínico (intervención quirúrgica, modificación de alguno de los factores de riesgo conocidos), para identificar los signos de lesión causados por la presión. 							

- No realizar masajes sobre las prominencias óseas, ocasiona lesiones capilares que inducen la aparición de UPP.
- Mantener la piel en todo momento limpia y seca. En las zonas de piel expuestas a humedad excesiva, en piel causadas por la transpiración, el drenaje de heridas y la incontinencia fecal o urinaria.
- Aplicar barreras de protección, como cremas o compresas absorbentes, para eliminar el exceso de humedad.
- Darse la vuelta con cuidado para evitar lesiones de una piel frágil.
- Poner programa de cambios posturales al lado de la cama.
- Inspeccionar la piel de las prominencias óseas y demás puntos de presión al cambiar de posición al menos una vez al día.
- Evitar dar masajes en puntos enrojecidos.
- Colocar al paciente en posición ayudándose con almohadas para elevar los puntos de presión encima del colchón.
- Mantener la ropa de la cama, limpia, seca y sin arrugas.
- Utilizar camas y colchones especiales.
- Humedecer la piel seca intacta.
- Evitar baño de agua caliente y utilizar jabón suave para el baño.
- Vigilar las fuentes de presión y de fricción.
- Aplicar protectores para los codos y los talones.
- Proporcionar con frecuencia pequeños cambios de la carga corporal.

las prominencias óseas, oscilan entre los 100 y los 150 mmHg, en una silla de ruedas se elevan a 300 mmHg o más. La exposición de los tejidos a una presión elevada y sostenida induce a isquemia, vasodilatación, aumento de la presión intersticial, oclusión y obstrucción (microtrombos) de los vasos sanguíneos y linfáticos; provoca extravasación de líquidos, fuga de plasma, proteínas, sangre y células al espacio intersticial, aparece edema y hemorragia; estas alteraciones progresivas provocan el inicio del daño tisular. El daño tisular se inicia en los tejidos profundos y posteriormente se extiende de forma ascendente hasta la dermis y la epidermis. La lesión tisular profunda se produce en primer lugar en el músculo y en el tejido celular subcutáneo, por una pobre tolerancia a la disminución del flujo sanguíneo. Incluso, se han observado cambios irreversibles en la exposición de una a dos horas a la presión, finalmente, la lesión alcanza la dermis y la epidermis.⁷ Son muchos los factores asociados al riesgo de aparición de UPP e incluyen el estado general de salud, estado nutricional, humedad de la piel, edad, antecedentes de úlceras por presión, cantidad de presión, fricción, fuerzas de cizallamiento y humedad, componentes claves que aumentan el riesgo de aparición. El estándar de oro para la prevención y tratamiento es la movilización y los cambios frecuentes de posición, se debe mantener al paciente en una posición adecuada que distribuya el peso en una mayor superficie (la cabecera debe elevarse por encima de 30o y elevar la piécer, para evitar el deslizamiento), proteger a los pacientes del arrastre, cuerpos extraños en las superficies y las irregularidades. Las superficies especiales para el manejo de la presión no sustituyen los cambios frecuentes de posición, sólo facilitan el

<ul style="list-style-type: none"> - Asegurar una adecuada ingesta dietética para prevenir la malnutrición de acuerdo con los deseos individuales de la persona y su condición de salud. - Realizar cambios posturales cada 2 horas; mantener el alineamiento corporal, la distribución del peso y el equilibrio de la persona. 	<p>cuidado de los pacientes mediante el espaciamiento de los mismos. Antes de abordar a un paciente con UPP, se deberá corregir la causa y los factores de riesgo asociados a su origen (44).</p> <p>Tomado de: Islas-Pérez J. Proceso de atención de enfermería aplicado a un paciente que presenta úlcera por presión con sospecha de daño tisular profundo. Rev. Mex. De Enf. Cardiol [Internet]. 2014. [acceso 25 Nov. 2018]; 22(2): 60- 69. Disponible en: http://www.medigraphic.com/cgi-bin/new/resumen.cgi?IDARTICULO=56662</p>
<p>Intervención NIC: (0740) Cuidados del paciente encamado</p>	<p>Definición: Fomento de la comodidad y la seguridad, así como la prevención de complicaciones en el paciente que no puede levantarse de la cama.</p>
<p>Campo: Fisiológico: básico (I)</p>	<p>Clase: Control de la inmovilidad (C)</p>
<p>Actividades:</p> <ul style="list-style-type: none"> - Monitorizar la aparición de complicaciones del reposo en cama - Colocar al paciente sobre una cama o colchón terapéutico adecuado. - Colocar al paciente con una alineación corporal adecuada. - Evitar utilizar ropa de cama con texturas ásperas. - Mantener la ropa de cama limpia, seca y sin arrugas. - Utilizar dispositivos en la cama que protejan al paciente. - Aplicar dispositivos que eviten los pies equinos. - Subir las barandillas. - Cambiar de posición al paciente, según lo indique el estado de la piel. 	<p>Fundamentación científica:</p> <p>Los pacientes hospitalizados en entornos críticos requieren la provisión de cuidados de enfermería para satisfacer sus necesidades básicas. Las intervenciones encaminadas a satisfacer las necesidades de higiene son cuidados de enfermería, inherentes al rol profesional y que actualmente se omiten o delegan por considerarlas de poco valor, sin tener en cuenta que constituyen indicadores de resultado en los pacientes y de la calidad de atención en las unidades de cuidado crítico.</p> <p>El cuidado de enfermería para los pacientes críticos implica la realización de intervenciones básicas orientadas a suplir las actividades de la vida diaria, e intervenciones avanzadas que apoyan la recuperación de la salud o el mantenimiento de la</p>

<ul style="list-style-type: none"> - Girar al paciente inmovilizado al menos cada 2 horas, de acuerdo con un programa específico. - Vigilar el estado de la piel. - Facilitar pequeños cambios del peso corporal. - Realizar ejercicios de rango de movimiento pasivos y/o activos. - Realizar baño diario. - Mantener las medidas de higiene del paciente. - Aplicar medidas profilácticas antiembólicas. - Monitorizar la aparición de complicaciones del reposo en cama (p. ej. hipotonía muscular, dolor de espalda, estreñimiento, infecciones del tracto urinario, neumonía). - Colocar en una postura erguida de forma intermitente a los pacientes que no puedan permanecer fuera de la cama todos los días para protegerlos frente a la intolerancia ortostática. 	<p>condición clínica. Se incluye entre otros elementos brindar un ambiente de comodidad física y mental, favoreciendo aspectos como el descanso, el sueño, la nutrición, la higiene y la dignidad.</p> <p>Los cuidados relacionados con la higiene son actividades fundamentales características del rol que desempeñan los profesionales de enfermería, son altamente valorados por los pacientes de las unidades de cuidado intensivo y son indicadores que influyen en la percepción de la calidad de la atención por parte de las familias (45).</p> <p>Tomado de: Carvajal G, Montenegro JD. Higiene: cuidado básico que promueve la comodidad en pacientes críticos. Rev. Enferm. glob. [Internet]. 2015 [acceso 11 abril 2019]; 14(40): 340-350. Disponible en: http://scielo.isciii.es/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1695-61412015000400015&lng=es</p>
<p>Evaluación</p> <p>Durante el periodo de valoración en el turno de 12 horas, el resultado de la intervención fue positivo ya que se mantuvo la integridad de la piel, sin presentar úlceras ni lesiones, con las intervenciones de enfermería. Dando una puntuación preintervención de 3 (moderadamente comprometido) y al final de la valoración con una puntuación postintervención de 4 (levemente comprometido).</p>	

9. NECESIDAD DE EVITAR PELIGROS

Nombre: GJGF Sexo: Masc. Edad: 63 años Diagnostico: PO revascularización coronaria 4 puentes Servicio: UTI 5 Fecha: 26/01/18							
Diagnóstico de enfermería: (00155) Riesgo de caídas: Vulnerable a un aumento de la susceptibilidad a las caídas, que puede causar daño físico y comprometer la salud.	Riesgo de caídas c/d recuperación quirúrgica postoperatoria, estado neurológico (rass -5), escala Downton (6 puntos).						
Dominio: 11 Seguridad/ protección	Clase: 2 Lesión/física						
Resultado de Enfermería (NOC): (1934) Entorno seguro de asistencia sanitaria	Definición: Medidas físicas y del sistema para minimizar los factores que podrían causar daño lesión física en el centro sanitario.						
Dominio: Conocimiento y conducta de salud (04)	Clase: Control del riesgo y seguridad (T)						
○ Puntuación preintervención: <u>5</u> (Sin desviación del rango normal).	→ Puntuación postintervención: <u>5</u> (Sin desviación del rango normal).						
Puntuación diana del resultado: Mantener a: 5 Aumentar a:							
Puntuación global del resultado							
Código	Indicadores	Inadecuado	Ligeramente adecuado	Desviación moderada del rango normal	Desviación leve del rango normal	Sin desviación del rango normal	N/A
193401	Provisión de iluminación	1	2	3	4	5	N/A
193402	Colocación de pasamanos	1	2	3	4	→05	N/A
193403	Utilización de sistema de alarma personal	1	2	3	4	→05	N/A
193404	Sistema de llamada de la enfermera al alcance	1	2	3	4	5	○N/A
193405	Cama en posición baja	1	2	3	4	→05	N/A
193406	Disposición de los muebles para reducir riesgos según las necesidades del paciente	1	2	3	4	5	○N/A
193407	Regulación de la temperatura ambiental	1	2	3	○4	→5	N/A
193408	Eliminación de niveles de ruido perjudiciales	1	2	3	○4	→5	N/A

193409	Provisión de ayudas técnicas en lugares accesibles	1	2	3	4	-5	○/A
193410	Alarmas del equipo de seguridad encendidas y funcionando	1	2	3	4	→○5	N/A
193411	El mantenimiento de equipos cumple las normas de seguridad	1	2	3	4	→○5	N/A
193412	Seguridad en la zona de juegos	1	2	3	4	5	○/A
193413	Seguridad de juguetes apropiados para la edad	1	2	3	4	5	○/A
193414	Utilización de protectores para los enchufes eléctricos	1	2	3	4	→○5	N/A
193415	Almacenamiento seguro de materiales peligrosos	1	2	3	4	→○5	N/A
193416	Política de prevención de caídas	1	2	3	4	→○5	N/A
193417	Entrada de orden médica informatizada	1	2	3	4	→○5	N/A
193418	Política de vigilancia de medicamentos de alto riesgo	1	2	3	4	→○5	N/A
193419	Registro del suministro de medicación a pie de cama	1	2	3	4	→○5	N/A
193420	Conciliación de la medicación	1	2	3	4	→○5	N/A
193421	Sistema de alerta de alergia	1	2	3	4	5	○/A
193422	Almacenamiento seguro de la medicación	1	2	3	4	→○5	N/A
193423	Sistema de información de errores incluyendo los que han estado a punto de producirse	1	2	3	4	→○5	N/A
193424	Programa de seguridad del paciente	1	2	3	4	→○5	N/A
193425	Utilización de protocolos de práctica basada en la evidencia	1	2	3	4	→○5	N/A
193426	Sistemas establecidos de gestión de la asistencia	1	2	3	4	→○5	N/A
193427	Evaluación del uso de restricciones físicas y política de revaloración	1	2	3	4	→○5	N/A
193428	Evaluación del uso de restricciones químicas y política de revaloración	1	2	3	4	→○5	N/A
Intervención (NIC)							

<p>(6490) Prevención de caídas</p>	<p>Definición: Establecer precauciones especiales en pacientes con alto riesgo de lesiones por caídas</p>
<p>Campo: Seguridad (04)</p> <p>Actividades:</p> <ul style="list-style-type: none"> - Identificar déficits cognitivos o físicos del paciente que puedan aumentar la posibilidad de caídas en un ambiente dado. - Identificar las características del ambiente que puedan aumentar las posibilidades de caídas. - Bloquear las ruedas de las sillas, camas o camilla en la transferencia del paciente. - Utilizar barandillas laterales de longitud y altura adecuadas para evitar caídas de la cama, si es necesario. - Colocar la cama mecánica en la posición más baja. - Utilizar camas con colchones parcialmente llenos de agua para limitar la movilidad, si es necesario. - Evitar la presencia de objetos desordenados en la superficie del suelo. - Disponer una iluminación adecuada para aumentar la visibilidad. - Disponer barandillas y pasamanos visibles. - Disponer superficies de suelo antideslizantes, anticaídas. - Disponer muebles firmes que no se caigan si se utilizan como apoyo. - Informar a los miembros de la familia sobre los factores de riesgo que contribuyen a las caídas y cómo disminuir dichos riesgos. 	<p>Clase: Control de riesgos (V)</p> <p>Fundamento de la intervención</p> <p>La caída es considerada un evento que hace con que el individuo termine involuntariamente en el piso o en otro nivel bajo, con o sin lesiones. En el ambiente hospitalario, los pacientes están en proceso de restablecimiento de la salud y son considerados más vulnerables. Consecuentemente, las caídas aumentan el período de internación y el costo del tratamiento, además de acarrear desconfortos físicos y psicológicos al paciente.</p> <p>A pesar del protocolo de prevención de caídas presentar un enfoque multiprofesional, la mayoría de sus acciones son realizadas por el equipo de enfermería, que permanece mayor tiempo en cuidado directo al paciente cuando comparados a los demás profesionales de salud. Frente a la diversidad de acciones contenidas en este protocolo, surge la necesidad de compararlo al lenguaje estandarizado de enfermería, a fin de investigar la aplicabilidad de la NIC (Clasificación de las Intervenciones de Enfermería) en lo que se refiere a la seguridad del paciente, específicamente a la prevención de caídas.</p> <p>Las medidas preventivas que han demostrado eficacia han sido el uso correcto de la colocación de medidas de protección, el establecimiento de unos parámetros para la identificación de los posibles factores de riesgo que puedan ocasionar una caída (46).</p>

<p>- Colocar señales que alerten al personal de que el paciente tiene alto riesgo de caídas.</p>	<p>Tomado de: Alves C, Freitas C.J. Acciones del protocolo de prevención de las caídas: levantamiento con la clasificación de las actividades de enfermería. Rev. Latino-Am. Enfermagem [Internet]. 2017. [acceso 11 abril 2019]. Disponible en: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0104-11692017000100410&lng=en. Epub 21 de diciembre de 2017. http://dx.doi.org/10.1590/1518-8345.2394.2986</p>
<p>Evaluación Durante el periodo de valoración en el turno de 12 horas, el resultado de la intervención fue positivo ya que se mantuvieron las medidas necesarias para prevenir las caídas. Dando una puntuación preintervención de <u>5 (Sin desviación del rango normal)</u> y al final de la valoración con una puntuación postintervención de <u>5 (Sin desviación del rango normal)</u>.</p>	

CAPITULO V. CONCLUSIONES Y APORTACIONES

La profesión de enfermería se caracteriza por trabajar día con día en base a respuestas humanas y al igual que otras profesiones tiene la necesidad de tener un proceso sistematizado de brindar el cuidado para la mejoría de los usuarios, siendo esta herramienta el PROCESO DE ENFERMERÍA.

La importancia de realizar estudio de caso en el posgrado Enfermería en Cuidados Intensivos bajo la directriz de una teoría o un modelo de Enfermería es con la finalidad de contribuir al conocimiento científico, socializarlo y hacer trascender las enseñanzas que ha dejado, para que sirva a profesionales de enfermería que se encuentren en situaciones similares de su práctica cotidiana, permitiendo resolver los problemas de salud relacionados con las necesidades humanas alteradas del paciente en estado crítico.

La aplicación de las teorías y modelos de enfermería juega un papel importante en el desarrollo del conocimiento de la disciplina, debido a que comprenden un conjunto de ideas y conceptos relacionados unos con otros. La adopción de un modelo de enfermería orienta, tanto en el fomento de la salud como en la prestación de atención, dentro y fuera de las instituciones de salud, con el objetivo de proporcionar cuidados de enfermería precisos, oportunos y con base científica, que contribuyan en la recuperación de la salud del paciente o bien en atenuar las posibles complicaciones de su padecimiento.

Todas las personas tienen capacidades y recursos para lograr la independencia y la satisfacción de las 14 necesidades básicas, a fin de mantener su salud. Sin embargo, cuando dichas capacidades y recursos disminuyen parcial o totalmente, aparece una dependencia que se relaciona con tres causas de dificultad: falta de fuerza, falta de conocimiento o falta de voluntad, las cuales deben ser valoradas para la planificación de intervenciones durante la hospitalización.

Es imprescindible que el personal profesional de enfermería tenga conocimiento y sea capaz de aplicarlo a partir de un modelo o teoría específica en enfermería, y esta sea llevada a la práctica, con la finalidad de darle fuerza al gremio, implementar el desarrollo y la creación de nuevo conocimiento, así como la mejora en los cuidados propios de enfermería.

REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

1. Alligood MR, Marriner A. Modelos y teorías en enfermería. 8ª ed. España: Elsevier; 2014. 744 p.
2. Meleis AI. Theoretical Nursing Development & Progress. 5a ed. Philadelphia: Lippincott Williams & Wilkins (LWW); 2012. 672 p.
3. Smith MJ, Liehr PR. Middle Range Theory for Nursing. 3rd ed. New York: Springer Publishing company; 2014. 443 p.
4. Fawcett J. Contemporary Nursing Knowledge: Analysis and Evaluation of Nursing Models and Theories. 3rd ed. F.A. Davis; 2012. 480 p.
5. Orkaizagirre GA, Amezcua M. El Estudio de casos, un instrumento de aprendizaje en la Relación de Cuidado. Rev. Scielo [Internet]. 2014 Dic [acceso 23 Nov. 2018]; 23(4): 244-249. Disponible en: http://scielo.isciii.es/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1132-12962014000300011
6. Jara F., Lizano A. Aplicación del proceso de atención de enfermería por estudiantes, un estudio desde la experiencia vivida. Rev. Scielo [Internet]. 2016 [acceso 23 Nov. 2018]; 13(4): 208-215. Disponible en: http://www.scielo.org.mx/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1665-70632016000400208&lng=es. <http://dx.doi.org/10.1016/j.reu.2016.08.003>
7. Pratz MT, Tejada LM. Características de pacientes con enfermedad coronaria egresados de un hospital de tercer nivel de atención en México. Rev. Scielo [Internet]. 2016 [acceso 25 Nov. 2018]; 26(2): 63-69. Disponible en: http://www.scielo.org.mx/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0188-62662016000200063&lng=es. <http://dx.doi.org/10.15174/au.2016.860>
8. Magallon-Marine J. Temas selectos de urgencias. 4ª Ed. México: Prado; 2017. 730 p.

9. Sánchez A, Bobadilla M. Enfermedad cardiovascular: primera causa de morbimortalidad en un hospital de tercer nivel. Rev. Mex. Cardiol [Internet] 2016. [acceso 20 Nov. 2018]; 27 (s3): s98-s102 p. Disponible en: <https://www.medigraphic.com/pdfs/cardio/h-2016/hs163a.pdf>
10. Organización Mundial de la Salud (OMS). Enfermedades cardiovasculares [Internet]. (2016). [actualizado mayo 2017]; [acceso 15 noviembre 2018]. Disponible en: [https://www.who.int/es/news-room/fact-sheets/detail/cardiovascular-diseases-\(cvds\)](https://www.who.int/es/news-room/fact-sheets/detail/cardiovascular-diseases-(cvds))
11. Jiménez A., Salinas M. Algunas reflexiones sobre la filosofía de Virginia Henderson. Rev. Enferm. IMSS: México. [Internet] 2004. [acceso 18 noviembre 2018]. Disponible en: <https://www.medigraphic.com/pdfs/enfermeriaimss/eim-2004/eim042a.pdf>
12. Marriner A, Raile M. Teorías de la enfermería de importancia histórica. En: Modelos y Teorías en Enfermería. 9a ed. España: Elsevier; 2018. 616 p.
13. Mesquita E., Carvalho AF. Teorías de enfermería: importancia de la correcta aplicación de los conceptos. Rev. Enfermería Global [Internet] 2009. [acceso 15 noviembre 2018]; 8(3) Disponible en: http://scielo.isciii.es/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1695-61412009000300017&lng=es&tlng=es
14. Kozier B., Audrey B. Fundamentos de enfermería: conceptos, proceso práctico. 9º ed. España, Pearson; 2013. 997 p.
15. Herdman TH, Kamitsuru S. Diagnósticos enfermeros. Definiciones y clasificación 2015-2017. Madrid: Elsevier; 2015. 512 p.
16. Moorhead S, Johnson M. Clasificación de Resultados de Enfermería (NOC). Medición de resultados en salud. 5ª ed. Madrid: Elsevier; 2014. 760 p.
17. Bulechek GM, Butcher HK. Clasificación de Intervenciones de enfermería (NIC). 6ª ed. Madrid: Elsevier; 2014. 640 p.
18. Johnson M, Bulechek G. Interrelaciones NANDA, NOC y NIC. Diagnósticos enfermeros, resultados e intervenciones. 2a ed. Madrid: Elsevier; 2007. 693 p.

19. Johnson M, Moorhead S. Vínculos de NOC y NIC a NANDA-I y diagnósticos médicos: Soporte para el razonamiento crítico y la calidad de los cuidados. 3a ed. Madrid: Elsevier; 2012. 432 p.
20. Lunney Margaret. Razonamiento crítico para alcanzar resultados de salud positivos. Estudio de casos y análisis de enfermería. Ed. Madrid: Elsevier; 2011. 361 p.
21. Alfaro-LeFevre. Pensamiento crítico, razonamiento clínico y juicio clínico. Un enfoque práctico. Ed. Madrid: Elsevier; 2017. 280 p.
22. Maldonado E, Fuentes I. Documento de Consenso: Prevención de Neumonía Asociada a Ventilación Mecánica del Adulto. Rev. Chilena de med. Int. [Internet]. [Internet]. 2018. [acceso 02 abril 2019]; (33)01: 15-28. Disponible en: https://www.medicina-intensiva.cl/reco/prevencion_NAV_2018.pdf
23. Fialkow L, Farenzena M. Ventilación mecánica en pacientes en la unidad de cuidados intensivos de un hospital universitario general en el sur de Brasil: un estudio epidemiológico. Rev. Clínicas Sao Paulo. [Internet]. 2016. [acceso 02 abril 2019]; (03)05: 144-151. Disponible en: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC4785851/>
24. Donoso A., Arriagada D. Monitorización respiratoria del paciente pediátrico en la Unidad de Cuidados Intensivos. Rev. Bol. Med. Hosp. Infant. Mex [Internet]. 2016 [acceso 02 abril 2019]; 73(3). 149-165. Disponible en: http://www.scielo.org.mx/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1665-11462016000300149&lng=es
25. Chavez_Flores EM. Aspiración de secreciones en pacientes intubados por el enfermero. Servicio de observación/emergencia Hospital Nacional María Auxiliadora. Facultad de obst. y enf. [Internet]. 2017. [acceso 03 abril 2019]; Disponible en: http://www.repositorioacademico.usmp.edu.pe/bitstream/usmp/3751/3/chavez_femn.pdf

26. Hospital Iquique. Protocolo manejo de enfermería de pacientes en ventilación mecánica [internet]. 2015 [actualizado 20 sep 2015; acceso 10 abril 19]. Disponible en: <http://www.hospitaliquique.cl/images/PCI/GCL-1.2.2-V.M.pdf>
27. Montes-Oca O. Shock cardiogénico en el infarto agudo de miocardio. Rev. Urug. Cardiol. [Internet]. 2014 [acceso 30 Nov. 2018]; 29 (1): 145-152. Disponible en: http://www.scielo.edu.uy/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1688-04202014000100018&lng=es.
28. Gil A., Monge MI. Evidencia de la utilidad de la monitorización hemodinámica en el paciente crítico. Rev. Med. Intensiva [Internet]. 2012 [acceso 10 Abril]; 36(9): 650-655. Disponible en: http://scielo.isciii.es/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0210-56912012000900008&lng=es. <http://dx.doi.org/10.1016/j.medin.2012.06.004>
29. Martínez M., Pablos C. Cuidados de enfermería en los marcapasos temporales. Rev. Española de Cardiología. [Internet]. 2015. [acceso 15 abril 2019]. Disponible en: <http://www.revespcardiol.org/es/congresos/sec-2015-el-congreso/19/sesion/cuidados-agudos/1658/cuidados-enfermeria-los-marcapasos-temporales/19003/>.
30. Duque C, Salazar OA. Monitoria hemodinámica en el cuidado de enfermería de los pacientes en estado crítico con perfusión tisular inefectiva. Rev. Universidad de Antioquia. [Internet]. 2010. [acceso 10 abril 2019]. Disponible en: <http://bibliotecadigital.udea.edu.co/dspace/handle/10495/1355>
31. Arévalo S., Izaguirre R. Hemorragia mayor de lo habitual. Rev. Elsevier [Internet]. 2011. [acceso 10 abril 2019]; Vol. 81. Núm. S2: 6-89. Disponible en: <https://www.elsevier.es/es-revista-archivos-cardiologia-mexico-293-articulo-hemorragia-mayor-lo-habitual-X140599401124181X#tbl1>

32. Rodríguez A, Segovia T. Elaboración de un protocolo para el manejo de la herida quirúrgica en cirugía de cabeza y cuello: una cura eficaz, efectiva y eficiente en pacientes laringectomizados. *Gerokomos* [Internet]. 2014. [acceso 01 abril 2019]; 25(2): 81-89. Disponible en: http://scielo.isciii.es/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1134-928X2014000200006&lng=es. <http://dx.doi.org/10.4321/S1134-928X2014000200006>
33. Vásquez HR, Revilla E. Mortalidad en el paciente críticamente enfermo con obesidad. *Rev. Asoc. Mex. Med. Crít. Ter. Intensiva* [Internet]. 2015. [acceso 01 abril 2019]; 29(2): 93-98. Disponible en: http://www.scielo.org.mx/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0187-84332015000200006&lng=es
34. Bermejo H, Arias J. Monitorización de la nutrición enteral como indicador clínico para la evaluación de la calidad en unidades de cuidados intensivos. *Rev. Nutr. Hosp.* [Internet]. 2018. [acceso 02 abril 2019]; 35(1): 6-10. Disponible en: http://scielo.isciii.es/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0212-16112018000100006&lng=es. <http://dx.doi.org/10.20960/nh.1187>
35. Flordelís JL, Perez JL. Nutrición enteral en el paciente crítico con inestabilidad hemodinámica. *Ren Med. Intensiva.* [Internet]. 2015. [acceso 02 abril 2019]; Vol. 39. Núm.1; 1-64. Disponible en: <http://www.medintensiva.org/es-nutricion-enteral-el-paciente-critico-articulo-S0210569114000734>
36. Varona R, Elias KS. Fallo intestinal agudo en el paciente crítico. *Rev. inf. cient.* [Internet]. 2018 [acceso 13 abril 2019]; 97(4) Disponible en: <http://www.revinfcientifica.sld.cu/index.php/ric/article/view/2015>
37. García-Romero M. Cuidados de enfermería para la prevención de complicaciones por hipotermia en la etapa postoperatoria inmediata en pacientes del Hospital Regional “Manuel Nuñez Butrón” de Puno. 2017. Universidad Nacional del Altiplano. [Internet]. 2017. [acceso 02 abril 2019]; Disponible en: <http://repositorio.unap.edu.pe/handle/UNAP/8450>

38. Palomar M, Rodríguez P. Prevención de la infección nosocomial en pacientes críticos. Rev. Med. Intensiva [Internet]. 2010. [acceso 01 abril 2019]; 34(8): 523-533. Disponible en: http://scielo.isciii.es/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0210-56912010000800005&lng=es
39. Rodríguez A, Segovia T. Elaboración de un protocolo para el manejo de la herida quirúrgica en cirugía de cabeza y cuello: una cura eficaz, efectiva y eficiente en pacientes laringectomizados. Gerokomos [Internet]. 2014. [acceso 16 abril 2019]; 25(2): 81-89. Disponible en: http://scielo.isciii.es/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1134-928X2014000200006&lng=es. <http://dx.doi.org/10.4321/S1134-928X2014000200006>
40. Perin C, Erdmann L. Evidencia de cuidado para la prevención de la infección de la corriente sanguínea relacionada con el catéter venoso central: revisión sistemática. Rev. Latino-Am. Enfermagem [internet]. 2016. [acceso 15 abril 2019]; Disponible en: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0104-11692016000100612&lng=en. Epub 01 de septiembre de 2016. <http://dx.doi.org/10.1590/1518-8345.1233.2787>
41. Fong SV, Porto MR,. Infección del tracto urinario por uso del catéter vesical en pacientes ingresados en cuidados intensivos. Rev. Medisan [Internet]. 2014 [acceso 15 abril 2019]; 18(11): 1524-1530. Disponible en: http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1029-30192014001100006&lng=es
42. Islas-Pérez J. Proceso de atención de enfermería aplicado a un paciente que presenta úlcera por presión con sospecha de daño tisular profundo. Rev. Mex. De Enf. Cardiol [Internet]. 2014. [acceso 25 Nov. 2018]; 22(2): 60- 69. Disponible en: <http://www.medigraphic.com/cgi-bin/new/resumen.cgi?IDARTICULO=56662>

43. Carvajal G, Montenegro JD. Higiene: cuidado básico que promueve la comodidad en pacientes críticos. Rev. Enferm. glob. [Internet]. 2015 [acceso 11 abril 2019]; 14(40): 340-350. Disponible en:http://scielo.isciii.es/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1695-61412015000400015&lng=es
44. Alves C, Freitas CJ. Acciones del protocolo de prevención de las caídas: levantamiento con la clasificación de las actividades de enfermería. Rev. Latino-Am. Enfermagem [Internet]. 2017. [acceso 11 abril 2019]. Disponible en: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0104-11692017000100410&lng=en. Epub 21 de diciembre de 2017. <http://dx.doi.org/10.1590/1518-8345.2394.2986>
45. Latorre I, Solís M. Validación de la Escala de Conductas Indicadoras de Dolor para valorar el dolor en pacientes críticos, no comunicativos y sometidos a ventilación mecánica: resultados del proyecto ESCID. Rev. Elsevier. [Internet]. 2011. [acceso 15 abril 2019]; 1-58. Disponible en: <https://www.elsevier.es/es-revista-enfermeria-intensiva-142-articulo-validacion-escala-conductas-indicadoras-dolor-S11302399100011069>
46. Rivas E, Alarcón M. Escalas de valoración de dolor en pacientes críticos no comunicativos: revisión sistemática. Rev. Enfermería (Montevideo) [Internet]. 2018. [acceso 16 abril 2019]; 7(1):57-73. Disponible en: http://www.scielo.edu.uy/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S2393-66062018000100057&lng=es. <http://dx.doi.org/10.22235/ech.v7i1.1544>.
47. García FJ, Cabello R. Validación de las escalas de Braden y EMINA en pacientes de atención domiciliaria incluidos en programa de inmovilizados. Gerokomos [Internet]. 2015. [acceso 16 abril 2019]; 26(4): 150-156. Disponible en: http://scielo.isciii.es/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1134-928X2015000400007&lng=es.

48. Borghardt T, Prado N. Evaluación de las escalas de riesgo para la úlcera por presión en pacientes críticos: una cohorte prospectiva. *Rev. Latino-Am. Enfermagem* [Internet]. 2015. [acceso 16 abril 2019]; 23(1):28-35. Disponible en: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0104-11692015000100028&lng=en. <http://dx.doi.org/10.1590/0104-1169.0144.2521>
49. Tzuc A., Vega E. Nivel de riesgo en la aparición de úlceras por presión en pacientes en estado crítico. *Rev. Enferm. univ* [Internet]. 2015. [acceso 16 abril 2019]; 12(4):204-211. Disponible en: http://www.scielo.org.mx/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1665-70632015000400204&lng=es. <http://dx.doi.org/10.1016/j.reu.2015.10.004>
50. Rojas JA, Valencia A. Validación transcultural y lingüística de la escalada de sedación y agitación Richmond al español. *Rev. colomb. anestesiología*. [Internet]. 2016. [acceso 16 abril 2019]; 44(3):216-221. Disponible en: http://www.scielo.org.co/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0120-33472016000300006&lng=en
51. Celis E., Besso. Guía de práctica clínica basada en la evidencia para el manejo de la sedo-analgésia en el paciente adulto críticamente enfermo. *Rev. Med. Intensiva* [Internet]. 2007. [acceso 06 abril 2019]; 31(8): 428-471. Disponible en: http://scielo.isciii.es/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0210-56912007000800003&lng=es.
52. Jiménez SL, Lara AA. Evaluación de riesgo de caída con la escala J.H. Downton modificada en pacientes pediátricos hospitalizados. *Rev. Enferm IMSS*. [Internet]. 2018. [acceso 08 abril 2019]; 26(1): 46-51. Disponible en: <https://www.medigraphic.com/pdfs/enfermeriaimss/eim-2018/eim181h.pdf>

ANEXOS

1. GUÍA DE VALORACIÓN DE ENFERMERÍA BASADA EN LAS 14 NECESIDADES DE VIRGINIA HENDERSON

1. GUÍA DE VALORACIÓN DE ENFERMERÍA BASADA EN LAS 14 NECESIDADES DE VIRGINIA HENDERSON

IDENTIFICACIÓN:

- edad (aproximada a la cronológica)
- Nombre (sólo iniciales): GJGF Edad: 63 Sexo: Masculino
 - Escolaridad: Licenciatura Lugar de nacimiento: Agua Prieta (Sonora)
 - Domicilio: Norte de la ciudad de Agua Prieta
 - Ocupación: Jubilado Estado civil: Divorciado Religión: Católica

ANTECEDENTES:

HEREDOFAMILIARES

Familiar	¿Vive?		Causa de la muerte
	Vive	Antecedente	
Abuelo paterno	Finado	Antecedente: cardiopatía y hca	
Abuela paterna	Vive	Sin antecedente a la fecha	
Abuelo materno	Finado	Se desconoce causa de defunción	
Abuela maternal	Vive	Diabetes mellitus y ca de mamá	
Padre	Vive	Cardiopatía isquémica y HAS	
Madre	Vive	Diabetes mellitus y lupus eritematoso	

NO PATOLÓGICOS

Cartilla de valoración con nota para la edad.
 Características de la vivienda:
Vive actualmente en una zona residencial. La casa-habitación cuenta con condiciones para satisfacer las necesidades, sin presencia de zonas

¿Consumo alucinógenos o alguna otra droga?

No consume alucinógenos, ni ninguna droga.

PATOLÓGICOS

Enfermedades que ha padecido, ya sea propias de la infancia, traumatismos, fracturas, transfusiones, cirugías, hospitalizaciones, alergias, otros:

No cuenta con antecedentes de fracturas, transfusiones, cirugías.
En el 2005 tuvo una hospitalización por pérdida del ojo izquierdo por quimios, alergias respiratorias.
 Desde hace 15 años con tratamiento a través de hipotencivos oculares, opacidad de grado I, hipertensión arterial desde hace 10 años, está sin tratamiento, actualmente con dislipidemia mixta.

PADECIMIENTO ACTUAL:

Desde su inicio, evolución, hasta su estado actual:

Inició padeciendo aprox 18 años 2018 con sensación opresiva en región torácica izquierda, debilidad y cansancio al realizar algunas actividades (caminar, o subir escaleras) al presentar sintomatología (25 años 2018) acude al Servicio de Urgencias de Agua Prieta, a su ingreso reportan pulso, presión, diuresis, dolor torácico tipo opresivo irregular a ambos lados, inquietud por ansiedad, eufórica irregular, al llegar al mismo se le ingresó al servicio de Hospitalización de un Hospital público de Hermosillo, Sonora para realización de angiografía. Para a quinientos 23 hrs para procedimiento quirúrgico de revascularización miocárdica con 4 bypass, de ahí se pasó a la UCI a los 400 a la UTIS, encontrándose bajo sedo-analgésico, con apoyo de ventilación mecánica A/C, SNG, CVC, catéter arterial femoral, 2 catéteres pulmonares, sonda de drenaje nefrética, SIAc, sonda tipo Foley

SIGNOS VITALES *hecho quirúrgico en tiempo preciso requirió*

Pulso: 118 x' Presión arterial: 12/8 Temperatura: 35.6° Respiración: 22 x' *14km. y requerí esternal de gas.*

Peso: _____ Talla: _____ Perímetro Cefálico: _____ *SpO₂ 98%*

Perímetro torácico: _____ Perímetro abdominal: 98cm *PVC = 6 cm H₂O.*

Modo ventilatorio = A/C Glucosa capilar = 253 mg/dL Llenado capilar = 2 seg.

VALORACIÓN DE LAS 14 NECESIDADES BÁSICAS

1. NECESIDAD DE OXIGENACIÓN

Información adecuada por fuente secundaria hijo (por relación de parentesco en el momento de la valoración).

- ¿Fuma? Sí [] No [] ¿desde cuándo? Desde los 15 años de edad
- ¿Cuántos cigarrillos fuma al día? 5 cigarrillos al día
- ¿Varía la cantidad según su estado emocional? NO
- ¿Cómo afecta la realización de las actividades de la vida cotidiana su respiración? Presentando dolor y fatiga
- ¿Cómo afecta su estado de ánimo su respiración (frecuencia, ritmo, etc.)? No afecta su estado de ánimo
- ¿Tiene conocimientos acerca de su respiración correcta? Si tiene conocimientos acerca de una respiración correcta.
- ¿Conoce y/o utiliza técnicas que cree que le mejoran su respiración (relajación, yoga, etc.)? Si al yoga pero no lo practica.
- ¿Es propenso a sufrir hemorragias? No ¿De qué tipo? Integridad
- ¿Tiene algún antecedente de problemas cardiopulmonares (dolor precordial, taquicardia, asma, etc.)? Si, dolor precordial, taquicardia, asma, y disnea

2. NECESIDAD DE NUTRICIÓN E HIDRATACIÓN

Descripción de un día típico

Desayuno	Comida	Cena
2 huevos con verduras o carnes frías, 3 tortitas de maíz o harina, frijoles, salsa. Pan de club y una taza de café	Un plato de carne, 1 plato con bistec ranchito y frijoles, tres tortitas de maíz, 1 refresco de 600ml, una gelatina, flan o postre.	2 quesadillas, o 1 Sandwich con 300 grs a peso de bistec, salsa roja, refresco de 600ml o 1 taza con café con leche.

--	--	--

- ¿Qué horario y número de comidas habituales realiza?
Desayuno 8:00, comida 14:00, cena 20:00 con colaciones de
- ¿Qué cantidad y tipo de líquidos bebe al día?
2 litros aproximadamente (jugo natural, café, refresco y agua)
- ¿Cuál es la pauta de ingesta?

- ¿Qué preferencia/disgusto siente por determinados alimentos?
comidas con alto contenido calórico (panes, pastas, fritos)
- ¿Qué dificultades encuentra para procurarse, almacenar y preparar alimentos adecuados?
NO
- ¿Conoce las necesidades de alimentos e hidratación y su relación con la edad y actividad?
SI
- ¿Conoce los factores que favorecen su digestión y asimilación (comer despacio, masticando e insalivando bien, etc)
SI
- ¿Ha habido cambios recientes de dietas o de peso (relacionados con modas, costumbres, etc.)?
SI ha bajado 10 kgs en los últimos 7 meses (no relacionados a modas o costumbres)
- ¿Tiene algún problema al masticar y/o tragar la comida/bebida?
Ninguno

Antes o alguna finta o pended
le desquie las vacías y los a los cocidos.
a mod o costumbres

3. NECESIDAD DE ELIMINACIÓN

- ¿Cuáles son sus patrones habituales de eliminación (heces, orina, menstruación, sudoración)?
evacua 1 vez al día, se desahoga de orina y de sudoración
- ¿Cómo afectan las emociones sus patrones de eliminación?
Se desahoga
- ¿Se siente satisfecho con respecto a sus patrones habituales de eliminación (frecuencia diurna, nocturna, cantidad y calidad)?

- ¿El cambio de entorno (viajes, lugar, intimidad, postura, etc.) modifica los hábitos de eliminación?
SI, viaja o se queda en otro lugar sí se de estómago
- ¿Cuáles?

- ¿El cambio de horarios modifica los hábitos de eliminación?
Se desconoce
- ¿Cuales?

- ¿Qué tipo de hábitos higiénicos utiliza en la necesidad de eliminación?
lavado de manos antes y después de ir al baño
- ¿La modificación de estos hábitos le causa algún tipo de problema?

- ¿Conoce medidas no medicamentosas de ayuda (masajes, dieta, etc.)?

- En la actualidad, ¿tiene algún problema relacionado con la necesidad de eliminación (ardor al orinar, necesidad de laxantes para evacuar, etc.)?
Ninguno
- ¿Tiene problemas en la eliminación (incontinencia, colostomía, sudoración, etc.)?
Ninguno
- En el supuesto anterior, ¿realiza o ha realizado los aprendizajes necesarios para resolver o neutralizar el problema?

4. NECESIDAD DE MOVERSE Y MANTENER UNA BUENA POSTURA

- ¿Cuál es su postura habitual relacionada con su ocupación, rol social o preferencia por determinado grupo cultural?
Se desconoce
- ¿Cuántas horas del día cree usted que permanece sentado, andando de pie, reclinado?
5 hrs-
- ¿Se considera una persona activa o sedentaria?
Sedentario
- ¿Conoce la importancia de esta necesidad y las medidas saludables de vida con respecto a ella (consecuencia de la hipoactividad o de malas posturas prolongadas, elección de mobiliario y calzado adecuado, etc.)?
Si conoce la importancia
- ¿Sabe cómo realizar ejercicios activos y pasivos que mejoran la movilidad y la tonicidad muscular?
No los realiza, de fatiga
- ¿Cómo afectan sus emociones esta necesidad?
Se demora porque se siente con exceso de peso y sabe que afecta al estado de salud.
- ¿Cómo afectan sus creencias y/o valores de comunicación intercultural esta necesidad (posturas y movimientos aceptados por determinadas culturas)?
Se desconoce

5. NECESIDAD DE DESCANSO Y SUEÑO

- ¿Cuál es su patrón y tipo habitual de sueño (horas, duración, etc.)?
Juega de 8 hrs aprox. con horario de 7:00 hrs a 6:00 hrs.
- ¿Habitualmente duerme solo/a o acompañado/a?
Duerme solo
- ¿Los cambios en el entorno, en su situación y hábitos modifican o alteran su patrón de sueño? Especificar cuáles y como.
Si, lo para el mal humor
- ¿Cuánto tiempo necesita habitualmente para conciliar el sueño?
Duerme con facilidad
- ¿Cómo le afectan las emociones en la necesidad de dormir y reposar (estrés, ansiedad, peso, etc.)?
Cambios de humor
- ¿Sabe cómo reducir o controlar las tensiones y el dolor?
Sp, toma tes o platica con los familiares (chups)
- ¿Qué hace normalmente cuando necesita descansar (leer, dormir, etc.)?
Dormir y ver televisión
- ¿Hay algo que interfiera en su descanso en este momento?
Se encuentra bajo sedo-analgésico
- ¿Qué sentido tiene para usted el dormir (como rutina, obligación, placer, etc.)?
Placer, le gusta dormir.
- ¿Conoce los efectos positivos y negativos de cada una de estas formas de comportamiento?
Se desconoce

- ¿Tiene sueños/pesadillas cuando duerme?
En algunas ocasiones
- ¿Utiliza algún tipo de medicamento para dormir o estimularse?
No-ninguno
- Si lo utiliza ¿conoce sus efectos? —
- Utiliza algún medio con el fin de facilitar el sueño (masaje, relajación, visualización, música, lectura). Duerme con mayor facilidad si esta la tv prendida
- ¿Cuánto tiempo diario utiliza para el reposo/descanso? 1 hora aproximadamente en las tardes a veces 2 horas
- ¿Dónde: trabajo, casa, entorno social (masajista, bar)? Casa

6. NECESIDAD DE USAR PRENDAS DE VESTIR ADECUADAS

- ¿Qué significado tiene la ropa en cuanto a su imagen o con alguna otra necesidad (autoestima, relaciones con los demás etc.)?
Se da a conocer
- ¿Cree que el modo de vestir marca diferencias personales, sociales, culturales?
Se da a conocer
- ¿Puede elegir por sí mismo/a la ropa que se pone habitualmente (en la casa, trabajo.)?
Si
- ¿Conoce la relación entre calidad/cantidad de ropa necesaria para la adecuada comodidad del propio cuerpo y de acuerdo con la temperatura ambiental?
Si
- ¿Necesita algún tipo de ayuda para elegir el tipo de ropa o para vestirse/desvestirse?
No
- Ante situaciones de la vida causantes de estrés o conflicto, ¿se afecta su modo de vestir?
¿Cómo? No
- ¿Tiene algún objeto o accesorio de vestir que tenga un significado especial?
No
- ¿Tiene algún tipo de indumentaria relacionada con valores o creencias que considere necesario mantener?
No ninguna
- ¿De qué forma le afecta vestirse o desvestirse en un sitio extraño, ante personas o con ayuda personal?
No le gusta que lo vean o lo ayuden a vestirse

7. NECESIDAD DE TERMORREGULACIÓN

- ¿Qué temperatura le produce sensación de bienestar, el calor o el frío?
Le agudera el frío
- ¿Se adapta fácilmente a los cambios de temperatura ambiental?
Si, pero le hace mucha el calor
- ¿Tiene alguna creencia o valor que interfiera y/o favorezca sus comportamientos en esta necesidad (uso de alcohol para entrar en calor)?
No, ninguna

- ¿Qué recursos utiliza (bebidas calientes, ropa, etc.) y que limitaciones tiene (de conocimiento, económica)? bebidas calientes como el café o té y ropa
- ¿Cómo le afectan las emociones intensas (miedo, ansiedad, ira)?, ¿sabe cómo controlarlas? A veces plabra con la familia y en otra ocasiones con el tabaco

8. NECESIDAD DE HIGIENE Y PROTECCIÓN DE LA PIEL

- ¿Qué significado tiene para usted la limpieza? para él es importante estar en un ambiente limpio con orden
- Forma de cuidar su cuerpo en relación con las actividades de higiene (tipo, frecuencia, cantidad). Barandiana, cambio de ropa, lavado bucal dental 2 o 3 veces al día
- ¿Cómo le afecta depender de otra persona para satisfacer esta necesidad? Le da gusto que lo ayuden en estas actividades pero antes de cenar y en el uso del sanitario
- ¿Tiene preferencias horarias con respecto a su aseo diario? preference las noches, antes de dormir
- ¿Qué hábitos higiénicos son imprescindibles mantener (lavarse los dientes o manos, etc.)? lavado de dientes y el baño diario

9. NECESIDAD DE EVITAR LOS PELIGROS

- ¿Qué miembros componen su familia de pertenencia? 1 mujer 22 años - vive sola (divorciada) y su familia lo componen 3 hijos - 1 hombre 30 años - 1 hombre 35 años.
- ¿Cómo influyen las emociones intensas en su necesidad de seguridad física y psicológica? De ninguna manera
- ¿Conoce las medidas de prevención de accidentes en su trabajo y en su casa? si
- ¿Realiza los controles de salud periódicos recomendados para cada edad y situaciones de la persona y familia (vacunas, revisiones médicas, etc.)? No realiza controles de salud periódicos
- ¿Necesita algún tipo de ayuda? No
- ¿De qué modo maneja las situaciones de tensión en su vida? con drogas, plabra con su familia y a veces consumo tabaco
- ¿Cuáles son sus hábitos con respecto a drogas, alcohol, tabaco, café, etc.? Tabaco de 1 a 5 cigarrillos diarios y café hasta 2 veces por día
- ¿Conoce técnicas para mejorar su estado de bienestar, su salud, sus relaciones consigo mismo y con los demás? si, pero no las lleva a cabo

10. NECESIDAD DE COMUNICARSE

- ¿En qué medida le ha afectado en su necesidad de comunicación la existencia de la limitación física, enfermedades, etc.? ninguna
- ¿Tiene contactos sociales en forma regular y que le resulten satisfactorios? si
- Comúnmente, ¿de qué forma expresa sus sentimientos y pensamientos? plabando con su familia
- Por lo general, ¿Qué tipo de humor tiene? Buena, alegre

- ¿Qué posición ocupa en el seno de la familia?
Parte divorciada
- Si tiene problemas de espacio físico en su entorno inmediato, ¿le afecta en su necesidad de comunicación? No
- ¿Siente que sus necesidades sexuales están cubiertas de forma satisfactoria?
No ya que fue lo más divorciado

11. NECESIDAD DE VIVIR SEGÚN SUS CREENCIAS Y VALORES

- ¿Cómo influye en usted el estado de ánimo, las tensiones o el estrés en la satisfacción de esta necesidad? Seducción
- ¿En qué tipo de creencias religiosas fue educado en su infancia? Católica
- ¿Cuáles son los valores relevantes propios de su grupo social?
El respeto, la justicia y la vida
- En caso de necesidad, ¿desearía tener la oportunidad de expresar sus últimas voluntades (donación de órganos, testamento, etc.)? No tiene que hacer sobre la donación de órganos, pero voluntad en cuanto a la fealdad del fomento

12. NECESIDAD DE TRABAJAR Y REALIZARSE

- ¿Qué tipo de trabajo u ocupación realiza?
Ultimamente no realiza act. de ocio, ni de realización personal, a pesar de que también
- ¿Cómo se siente en relación a su trabajo?
- ¿Su remuneración le permite cubrir sus necesidades básicas y/o la de su familia?
Si su remuneración personal le alcanza para vivir como quiere.
- ¿Su rol profesional le supone tener que superar algún conflicto con otros roles familiares o sociales? Ninguno
- ¿De qué manera se enfrenta a la situación?
- ¿Se plantea formas alternativas de estilo de vida?
Si
- ¿Conoce la existencia de los recursos de apoyo disponibles en la comunidad (asociaciones, grupo de autoayuda, etc.)? Algunos

13. NECESIDAD DE PARTICIPAR EN ACTIVIDADES RECREATIVAS

- ¿Qué actividades recreativas o de ocio desarrolla en su tiempo libre?
Le gusta ver televisión e ir a visitar a su familia
- ¿Son importantes para usted? Si ¿Por qué?
Se relaja
- ¿Considera que el tiempo que usted dedica al ocio habitualmente es suficiente en proporción al tiempo y la energía que dedica a su trabajo?
Si pero no trabaja

14. NECESIDAD DE APRENDIZAJE

- ¿Qué estudios ha realizado? Ingeniería química, en donde en una universidad
- ¿Alguna vez ha tenido dificultad en aprender o retener conceptos o habilidades nuevas? Ninguna
- ¿Tiene conocimientos sobre sí mismo, sus necesidades básicas, su estado de salud actual, tratamiento y autocuidado? SI, pero a su hospitalización
- ¿Conoce las diferentes fuentes de apoyo de que dispone en la comunidad y las utiliza? SI
- ¿Desearía incrementar sus aprendizajes en aspectos relativos a su salud/enfermedad? SI

EXAMEN FÍSICO DE LAS 14 NECESIDADES BÁSICAS

NECESIDAD DE OXIGENACIÓN

Observaciones (exploración física, campos pulmonares, ruidos respiratorios, características secreciones, cianosis, tos, aleteo nasal, etc.)

Paciente con apoyo de VMA, con consola orotrqueal 8.5 presión fijada en #24 a nivel de la rama dental, presión neumobalón 22cmHg; en modalidad A/C pulmonares programados = ciclado por volumen de 50ml, fr 22vez, relación de 1:2, FiO2 50%, presión PICO 21 cmH2O. PEEP 5.0cmH2O.

Sistema Respiratorio

- Frecuencia Respiratoria: 22 por minuto. Regularidad: ritmico
- Patrón respiratorio:

Taquipnea: [si] Polipnea: [nd] Apnea [nd] Apoyo con VMA [M]

- Modo de VMA: A/C. Parámetros ventilatorios:

- Ausencia o disminución de la tos: [-] Tos productiva: [N] Tos seca: [ND]
- Aleteo nasal: [N] Disnea al esfuerzo: [N] Disnea en reposo: [ND] SaO2: 93 %
- Presencia de cianosis: [N] Incapacidad para expulsar secreciones: [-]
- Ortopnea: [N] Hiperemia: [N] Tiros intercostales: [N] Aleteo Nasal: [N]
- Presencia de ruidos adventicios: [S+] ¿Cuáles y en qué área?: Estertores bibasales en bases pulmonares

Sistema Cardiocirculatorio

- Presión arterial: 127/78 mmHg FC: 118 pm Intensidad: ritmo regular
- Arritmia de pulso: [V] Soplos cardiacos: NO
- Fosfenos: [ND] Acufenos: [ND] Edema: [ND] Especificar: NO
- Agitación: [ND] Hormigueo: [ND] Sudoración: [ND] Dolor en pecho: [ND]
- Llenado capilar Extremidades: D- 3sg / I- 3sg seg. Varices en MP: [si]
- Hemorragias: [ND] Cantidad: — ml

Pulsos Ducha-liquido carotideo 3+ radial (3+)
Femoral (3+)
Pedil (3+)

Paciente distrofia
4 ralloo ruidos
decrecidos.
Camper N/A con
Presencia de estertor
bibasales de
aspiración leudas
secares
blancos,
floridos con
ciclado de
apuyin

NECESIDAD DE NUTRICIÓN E HIDRATACIÓN

Observaciones (exploración física, sistema tegumentario como mucosas, uñas y cabello, hábitos alimenticios, trastornos digestivos).

- Cara: Palida leve, boca hidratada, tergente.
- Ojos hundidos: [NO] Mucosa oral Hidratada: [✓] Polidipsia: [NA] Polifagia: [NA]
- Lengua: lesiones: [NO] Inflamación: [NO]
- Labios: Fisuras: [NO] Inflamación: [NO] mucosa bucofaringea integro Si: [✓] No: []

Especificar: La mucosa bucal semi hidratada, intacta, color blanquecino, Sialorra - orofaríngea, intacta,

- Higiene bucal: Muy buena: [✓] Buena: [✓] Regular: [] Mala: []
- Náuseas: [NO] Vómitos: [NO] Halitosis: [No]
- Ausencia de dientes: [-] Cuales: _____ Prótesis dental: [-] completas - intacta,
- Disfagia [No] Problemas al masticar: [NO]
- Presencia de sonda: Orogástrica: [NO] Nasogástrica: [SI]
- Abdomen: Dolor abdominal: Tipo cólico: [NO] Ardor: [NO] Punzante: [NO]
- Irradiante a: _____ Pirosis: [-]
- Piel:

Edema: [SI] Godet: +1 Palidez: [✓] Ictericia: [NO] Petequia: [NO] Caída de cabello: [NO] Pérdida de peso: [✓] Aumento de peso: [NO]

- Peso: 77 kg. Talla: 1.69 cm. IMC: 27.0 Kg/m²
- Glucosa en capilar: 253 mg/dL

NECESIDAD DE ELIMINACIÓN

Observaciones (exploración física de abdomen y genitales, características y frecuencia de la orina y evacuación intestinal, causas y factores de riesgo que alteren la eliminación).

Patrón Urinario:

- Frecuencia: Se desconoce al día > Cantidad: _____ ml. > Características: a. clara.
- Incontinencia: [NO] Anuria: [NO] Oliguria: [NO] Disuria: [NO] Retención: [NO] Hematuria: [NO]
- Poliuria: [NO] Enuresis: [NO] Nicturia: [NO] Piuria: [NO] Infecciones urinaria: [NO] Frecuentes: [No] Dolor: [NO] Polaquiuria: [NO] Sonda vesical: [SI]

Patrón Intestinal:

- Frecuencia: _____ día > Cantidad: _____ ml > Características: _____
- Diarrea: [NO] Estreñimiento: [NO] Hemorroides: [NO] Melena: [NO] Acolia: [NO]
- Hematequecia: [NO] Esteatorrea: [NO] Flatulencia: [NO] Dolor: [NO]
- Peristalsis: Presente 5 por minuto.
- Pérdidas insensibles: Cantidad en 24hrs: _____ ml
- Drenajes: Tipo: Sondas midigastro Cantidad en 24 hrs: _____ ml Se desconoce

NECESIDAD DE MOVERSE Y MANTENER UNA BUENA POSTURA

Observación (Exploración física del sistema musculo esquelético, implica fuerza, debilidad, marcha, etc; postura correcta ritmo de movimientos y causas y factores que afectan la hipoactividad).

Musculo esquelético:

En la valoración se encuentra sedado

- Actividad Física: [NA] Tipo de actividad: _____ Duración: _____ min
- Cuantas veces por semana: _____
- Marcha: estable: [NA] Inestable: [NA] Fuerza en manos: simétrica: [NA] asimétrica: [NA]
fuerza en piernas: simétrica: [NA] asimétrica: [NA]

A la actividad física presenta alguna de las siguientes:

- Disnea: [NA] Debilidad: [NA] Fatiga: [NA] Otras: _____
- Especificar: _____
- Para moverse o trasladarse requiere de alguno de los siguientes:
- Algún dispositivo: Silla de ruedas: [] Andadera: [] Bastón: [] Otro: _____
- Limitación a la: deambulaci3n: [S] Movilidad física: [S] Movilidad en cama: [S]

No se puede valorar

NECESIDAD DE DESCANSO Y SUEÑO

Observaci3n (nivel de ansiedad, estr3s, presencia de ojeras, expresi3n de irritabilidad, cefalea como estado de conciencia y condiciones que ayudan/impiden la satisfacci3n de esta necesidad).

- Presencia de ojeras: [-]
- Presencia de mal humor [-]
- Presencia de bostezos [-]
- Irritabilidad [-]
- Somnolencia [-]

En el momento de la valoraci3n bajo sedaci3n Escala Campbell = puntaje de 0 (no datos)

NECESIDAD DE USAR PRENDAS DE VESTIR ADECUADAS

Observaciones (tipo de ropa, acorde con la talla y temporada, y si est3 relacionada, si lo realiza por el mismo o requiere ayuda).

Durante la valoraci3n con ropa hospitalaria (bata), con cambio de ropa f3rmula para enfer

Ali3o personal: [✓]

NECESIDAD DE TERMORREGULACI3N

Observaciones (monitoreo de la temperatura, caracteristicas del clima ambiental, como son condiciones del entorno f3sico, por ejemplo: aire acondicionado, etc.; considerar causas y factores que intervienen)

Al momento de la valoraci3n con temperatura corporal de 35.6

- Piel enrojecida: [NA] Piel caliente: [NA] Piel fr3a: [S] Cianosis: [NA] Escalofr3os: [NO]
- Temperatura corporal: 35.6 axilar.

aumentado en miembros superiores e inferiores, sin sudoraci3n aparente.

NECESIDAD DE HIGIENE Y PROTECCI3N DE LA PIEL

El pelo corto frente a implantaci3n, color casta3o y abundancia, a la papada su textura es gruesa, con fuerte implantaci3n.

- Observaciones (Inspecci3n del estado de la piel, como son textura, turgencia, manchas, lesiones, cabello y h3bitos higi3nicos y factores que lo limitan).
- Piel (Caracteristicas): palidez moderada, h3pida
- Turgencia: turgente

- Textura: buenca
- Aspecto: limpia e íntegra [] mal aspecto [NO]
- Presencia de Heridas, Qx: con carácter control de doble luna en abdomen derecho. Sin signos de infección y presencia de heridas quirúrgicas limpias y cicatrizadas sin datos de infección. En la región de la base media color del fúndus, miembros pelvis derecha con BNC (zona de inserción limpia y cicatrizada)
- UPP: [] Grado: — Localización: — Puntuación en escala: 9 puntos
Escala de Braden miembros pelvis izquierda con heridas limpias y cicatrizadas

NECESIDAD DE EVITAR LOS PELIGROS

Observaciones (observación de la integridad neuromuscular, así como de los sentidos, falta de control, condiciones del entorno, como el suelo mojado, barandillas en la cama etc.) A la familia se encuentra algn dato neuromuscular

Se encuentra en subcorte

- Agudeza visual: OD: no valuble OI: enorme Agudeza auditiva: no valuble
- Simetría de ojos: Si: [] No: [] Conductos lagrimales permeables: Si: [] No: []
- Pupilas tamaño: — mm reacción a la luz: [] A la acomodación: [] en ambos ojos: []
- asimetría: [] ceguera total: [] lesiones: [] Op. izquierda enucleada
- Prueba de tolerancia al dolor (tipo, sitio, intensidad con escala EVA): —
- Memoria: íntacta: [] Alterada: []
- Orientación: Íntacta: [] Alterada: []
- Escala Glasgow: — Escala Ramsay: —
- Prótesis en extremidades: [No] Ninguna
- Esquema de vacunación: completa puntualidad Examen de mama: [] cuando: —
- Prueba Papanicolaou: — Fecha de último: —

Escala RASS = puntuación de -5. (sedación profunda)

NECESIDAD DE COMUNICARSE

Observaciones (Habilidades de comunicación verbal y no verbal, barreras idiomáticas, lenguaje corporal, gestos y condiciones del entorno que ayudan/limitan la satisfacción de esta necesidad, también de que manera le afectan en su vida familiar, social y productiva).

No se puede valorar. Bajo sedación.

- Problemas para la comunicación (deterioro neurológico, deformidades): —
- Presencia de dispositivos que afecten la comunicación: ventilador mecánico

NECESIDAD DE PARTICIPAR EN ACTIVIDADES RECREATIVAS

Observaciones (el estado de ánimo, autoestima, existencia de material que indique hobbies, pasatiempos, otras actividades en tiempos libres; causas y factores que impiden satisfacer esta necesidad).

de importancia de esta necesidad. No se puede valorar.

- ¿Cuenta con algún juego o material que indique pasatiempo en su entorno? — ¿Cómo se encuentra su estado de ánimo? —

NECESIDAD DE APRENDIZAJE

Observaciones (medir las capacidades físicas, neurológicas y psicológicas que afectan el aprendizaje; escolaridad, grado de conocimiento de sus necesidades básicas, de su estado de salud actual, tratamiento y autocuidado)

- ¿Conoce su tratamiento? — ¿Es capaz de hablar otro idioma? —

No se puede valorar.

1.

Resultados de exámenes de laboratorio e imagenología

FUENTES SECUNDARIAS (datos objetivos)

NECESIDAD DE OXIGENACIÓN

EXAMEN		CIFRAS DEL USUARIO	VALORES DE REFERENCIA	
PRUEBAS DE COAGULACIÓN	Tiempo de protombina	20.0	11.0 – 14.8 seg.	✓
	Testigo_TP	13.1	25 – 35 seg.	
	INR	1.63	11.0 – 14.8 seg.	✓
	Tiempo parcial de tromboplastina	32.7	0 – 1.5	
	Plaquetas	140	150 – 450 ml/mm ³	✓

EXAMEN		CIFRAS DEL USUARIO	VALORES DE REFERENCIA	
Gasometría arterial	pH	7.41	7.35 - 7.45	
	PaO2	73	80-100 mmHg	
	paCO2	32	35 – 48 mmHg	✓
	HCO3	23	22-26 nmol/L	

NECESIDAD DE NUTRICIÓN E HIDRATACIÓN

EXAMEN		CIFRAS DEL USUARIO	VALORES DE REFERENCIA	
BIOMETRÍA HEMATICA	Eritrocitos	3.51	4.2 – 6.3 mill/mm ³	✓
	Hemoglobina	10	12 – 18 gr/dl	✓
	Hematocrito	30.9	38 – 54 %	✓
	Leucocitos	33.7	4 – 10 mil/mm ³	✓
	Linfocitos	9.52	20 – 55 %	✓

	Eosinófilos	.130	0-4%	
	Basófilos	.290	0-2%	
	Neutrófilos	83.5	35-75%	
GRUPO Y RH	O positivo			
QUÍMICA SANGUÍNEA	Glucosa	253	70-105 mg/dL	✓
	Urea	37.7	10-50 mg/dL	
	Nitrógeno de la urea	5.4	7-18 mg/dL	
	Creatinina	1.31	06-1.2 mg/dL	✓
	Ácido úrico	5.1	2.3-6.6 mg/dL	
	Colesterol	123.7	136-200 mg/dL	✓
	Triglicéridos	129.5	0-150 mg/dL	
	Colesterol de alta densidad	23	> 65 mg/dL	
	Colesterol de baja densidad	90	0-100 mg/dL	
PERFIL HEPÁTICO	TGO	59.2	15-50 IU/L	✓
	TGP	17.7	7-52 IU/L	
	Fosfatasa alcalina	45.4	40-117 IU/ml	
	Bilirrubina total	2.8	0.3-1.0 mg/gl	✓
	Bilirrubina directa	0.78	0-0.2 mg/dl	✓
	Bilirrubina indirecta	1.8	0-1.1 mg/dl	✓
	Amilasa	37.5	28-100 IU/L	
Gamaglutamil	23	9-54 IU/L		
PROTEÍNAS	Proteínas totales	5.2	6.0-8.3 gr/dl	✓
	Albúmina	2.83	3.5-5.0 gr/dl	
	Globulina	2.4	2.3-3.5 gr/dl	
	Relación A/C	1.2	1.1-1.8	
	Calcio	7.6	8.6-10.2 mg/dl	✓

ELECTROLITOS SÉRICOS	Fosforo	2.90	2.5 – 5.0 mg/dl
	Sodio	146.1	135 – 148 meq/L
	Potasio	3.51	3.5 – 5.0 meq/L
	Cloro	106.7	98 – 111 meq/L

NECESIDAD DE ELIMINACIÓN

DATOS OBJETIVOS:		
INTESTINAL	CIFRAS DEL USUARIO	VALORES DE REFERENCIA
Coproparacitoscopico	Sin datos	
Coprocultivo		
Frotis de amiba en fresco		
Cuerpos reductores en heces		
URINARIA		
Examen general de orina	Sin datos	
Urocultivo		
Urea, Creatinina en sangre,		
Perfil renal (depuración de urea y creatinina)		
Ph urinario		

2. ESCALAS DE VALORACIÓN

1. Escala del dolor de CAMPBELL- Behavioral pain assessment scale

En 2008, la Sociedad Española de Medicina Intensiva y Unidades Coronarias (SEMICYUC) publicó las recomendaciones del Grupo de Trabajo de Analgesia y Sedación, entre las que se menciona la importancia de la monitorización y cuantificación de la intensidad del dolor en pacientes críticos sin capacidad de comunicación, para lo cual propone la utilización de la Escala de Campbell, que aparece traducida al español en el documento de consenso de la SEMICYUC, a la vez que proponen la necesidad de su validación para hacer extensivo su uso. Esta escala, no validada, cuenta con 5 ítems conductuales (muscultura facial, tranquilidad, tono muscular, respuesta verbal y confortabilidad), con un rango total de puntuación de 0 (ausencia de dolor) a 10 puntos (máximo dolor). La misma está diseñada no sólo para evaluar la presencia de dolor, sino para cuantificar su intensidad (47,48). **Puntuación del usuario 0- No dolor**

Escala de Campbell	Puntaje
MUSCULATURA FACIAL	
Relajada	0 ●
En tensión, ceño fruncido y/o mueca de dolor	1
Ceño fruncido de forma habitual y/o dientes apretados	2
TRANQUILIDAD	
Tranquilo, relajado, movimientos normales	0 ●
Movimientos ocasionales de inquietud y/o de posición	1
Movimientos frecuentes, incluyendo cabeza o extremidades	2
TONO MUSCULAR	
Normal	0 ●
Aumentado. Flexión de dedos de manos y/o pies	1
Rigido	2
RESPUESTA VERBAL	
Normal	0 ●
Quejas, lloros, quejidos, o gruñidos ocasionales	1
Quejas, lloros, quejidos o gruñidos frecuentes	2
CONFORTABILIDAD	
Confortable y/o tranquilo	0 ●
Se tranquiliza con el tacto y/o la voz. Fácil de distraer	1
Difícil de confortar con el tacto o hablándole	2

Graduación del dolor	
No dolor	0
Dolor leve-moderado	1-3
Dolor moderado-grave	4-6
Dolor muy intenso	>6
OBJETIVO	≤ 3

2. Escala de Braden. Evalúa el riesgo de desarrollar úlceras por presión en base a la sensibilidad y humedad de la piel, la fricción del cuerpo con las sábanas, la movilidad, actividad y nutrición del paciente (49-51).

Puntuación del usuario: 7 puntos.

Escala de valoración riesgo: Escala de Braden:

PERCEPCIÓN SENSORIAL.	● Completamente Limitada (1).	Muy Limitada (2).	Ligeramente Limitada (3).	Sin Limitaciones (4).
EXPOSICIÓN A LA HUMEDAD.	● Constante Humedad (1).	A menudo Humedad (2).	Ocasionalmente Humedad (3).	Raramente Humedad (4).
ACTIVIDAD.	● Encamado/a (1).	En Silla (2).	Deambula Ocasionalmente (3).	Deambula Frecuentemente (4).
MOVILIDAD.	● Completamente Inmóvil (1).	Muy Limitada (2).	Ligeramente Limitada (3).	Sin Limitaciones (4).
NUTRICIÓN.	● Muy Pobre (1).	Probablemente Inadecuada (2).	Adecuada (3).	Excelente (4).
ROCE Y PELIGRO DE LESIONES.	● Problema (1). Requiere moderada y máxima asistencia.	Problema Potencial (2). Se mueve muy débilmente o requiere de mínima asistencia.		No Existe Problema Aparente (3).

Clasificación de Riesgo:

- **Alto Riesgo:** Puntuación Total < 12.
- **Riesgo Moderado:** Puntuación Total 13 – 14.
- **Riesgo Bajo:** Puntuación Total 15 – 16 si es menor de 75 años.
Puntuación Total 15 – 18 si es mayor o igual de 75 años.

3. Escala de sedación RASS en la valoración enfermera

La monitorización del nivel de sedación es una actividad de enfermería cuya finalidad es evitar tanto la sobrededación como la infrasedación de los pacientes, disminuyendo de este modo las complicaciones derivadas, además de mejorar el confort. Sin embargo, el nivel de sedación con frecuencia no es valorado con un método estandarizado. Para ello, una herramienta validada es la escala RASS (Richmond Agitation Sedation Scale). De entre las escalas existentes, se elige la escala de sedación RASS por estar validada en pacientes críticos ventilados y no ventilados. Por otra parte, es la que más información nos ofrece tanto en la fase de agitación como en la de sedación debido a los 10 niveles que describe. Además, es de fácil aprendizaje debido a una descripción intuitiva utilizando valores positivos para la agitación y negativos para la sedación, lo que facilita su aceptación por parte del personal (52,53).

Puntuación del usuario: -5 Sedación profunda



4. Escala valoración de riesgo de caídas de J.H. Downton modificada: Se utiliza para evaluar el riesgo que presenta una persona de sufrir una caída con el fin de, en caso necesario, poder implementar medidas preventivas encaminadas a evitar nuevas caídas (54).
Puntuación del usuario: 6 puntos.

Cuadro I Escala de valoración de riesgo de caídas J.H. Downton
Alto riesgo de caída: mayor a 2 puntos

Caídas previas	Sí	0
	No	1
Ingesta de medicamentos	Ninguno	0
	Tranquilizantes/sedantes	1
	Diuréticos	1
	Antidepresivos	1
	Hipotensores	1
Déficits sensoriales	Ninguno	0
	Alteraciones visuales	1
	Alteraciones auditivas	1
	Extremidades (parálisis, paresia)	1
Estado mental	Orientado	0
	Confuso	1
Marcha y equilibrio	Normal	0
	Segura con ayuda	1
	Insegura con ayuda	1
	Imposible	1
Estado clínico	Sin limitaciones	0
	Con limitaciones	1
Conocimiento sobre medidas de prevención	Si	0
	No	1

Fuente: Biblioteca virtual NOBLE. Marzo 201218

3. RAZONAMIENTO DIAGNOSTICO

NECESIDADES	DATOS OBJETIVOS	DATOS SUBJETIVOS	DEDUCCIÓN	DIAGNÓSTICO DE ENFERMERÍA
NECESIDAD DE OXIGENACIÓN	--VMA modo A/C Fr 22 rpm, --Estertores bilaterales --Secreciones moderadas blanquecinas -- SpO2 98% --Sonda de drenaje mediastinal (bajo sello de agua) liquido hemático moderado -- Taquicardia 118 lpm -- Palidez	-- Consumo de tacaco de 1 a 5 cigarros al día desde los 15 años de edad. --Disnea esfuerzos --Fatiga al realizar actividades sencillas --Dolor precordial -Sedentarismo --Antecedentes heredofamiliares de hipertensión, arterial y de	La presencia apoyo de vía aérea artificial, de ruidos adventicios (estertores bilaterales), y de secreciones pueden dificultar una adecuada ventilación	(00030) Deterioro del intercambio de gases r/c desequilibrio en la ventilación- perfusión m/p palidez de piel, gasometría arterial anormal, taquicardia (00031) Limpeza ineficaz de las vías aéreas r/c vía aérea artificial relacionada con cánula orotraqueal m/p cantidad moderada de esputo (secreciones blanquecinas).

	<p>-- Gasometría arterial anormal</p> <p>--Cambios electrocardiográficos (isquemia)</p> <p>--Marcapasos transcutáneo</p> <p>--Balón de contrapulsación</p> <p>--T/A:127/78</p> <p>mmHg</p> <p>--Llenado capilar (menor de 3).</p> <p>--Antecedente de enfermedad cardiovascular</p> <p>--Hipertensión arterial desde hace 10 años sin tratamiento.</p> <p>--Diabetes mellitus</p>	<p>enfermedad cardiovascular (abuelo paterno y padre).</p>	<p>La presencia de antecedentes de enfermedades cardiovasculares, con una plétora de factores de riesgo vascular (tabaquismo, sobrepeso, diabetes mellitus, dislipidemia, hipertensión, sedentarismo), aumentan el riesgo de una isquemia cardiopatía isquémica.</p> <p>La presencia de hipertensión arterial sistémica y la inmovilidad pueden condicionar</p>	<p>(00029) Disminución del gasto cardíaco r/c alteración de la contractilidad, alteración de la poscarga, alteración del ritmo cardíaco, m/p cambios electrocardiográficos (isquemia), taquicardia, piel fría, edema.</p> <p>(00239) Riesgo de deterioro de la función cardiovascular c/d antecedentes de enfermedad cardiovascular, antecedentes familiares de enfermedad cardiovascular (abuelo paterno y padre), diabetes mellitus, dislipidemia, hipertensión, sobrepeso, tabaquismo.</p> <p>(00228) Riesgo de perfusión tisular periférica ineficaz c/d procedimientos intravasculares, hipertensión, diabetes mellitus, sedentarismo, tabaquismo,</p>
--	---	--	---	--

	<p>-- Dislipidemia -- Herida quirúrgica -- Tiempos de protrombina (TP) 20 seg. ---Plaquetas 140 ml/mm³.</p>		<p>hipoperfusión periférica. La cirugía cardiovascular puede presentar algún grado de sangrado relacionado al procedimiento postquirúrgico.</p>	<p>conocimiento insuficiente sobre los factores agravantes. (00206) Riesgo de sangrado c/d régimen terapéutico (cirugía cardiovascular).</p>
<p>NECESIDAD DE NUTRICIÓN</p>	<p>--Sonda nasogástrica a derivación. --Abdomen globoso, blando a la palpación. --Perímetro abdominal 92 cm -- 77 kg -- 169 cms</p>	<p>---Antecedentes heredofamiliares de diabetes mellitus (abuela materna y madre). --Antecedentes de dieta alta en carbohidratos y grasas y baja en</p>	<p>Un patrón alimenticio alterado, dieta con alto contenido en carbohidratos y grasas, baja en fibra, sin un gasto de energía suficiente genera una alteración en la relación peso/talla (obesidad)</p>	<p>(00233) Sobrepeso r/c consumo de alimentos de alto contenido calórico, azúcares, la actividad física diaria media es inferior a la recomendada según el sexo, la edad conducta sedentaria m/p IMC 27 kg/m².</p>

	<p>-- IMC 27 kg/m² -- Alimentación enteral (NET) por SNG 510 kcal/24 hrs -- Edema de miembros pélvicos godet (+) Hiperglucemia (253 mg/ dL)</p>	<p>fibra y consumo de agua insuficiente. -- No lleva régimen alimenticio adecuado -- No vómitos -- No problemas en la masticación -- Pérdida de peso (10 kilos) en los últimos 7 meses</p>	
<p>NECESIDAD DE ELIMINACIÓN</p>	<p>--Se desconoce patrón intestinal --Peristalsis presente 5 pm --Datos insuficientes para</p>	<p>-- Antecedentes de evacuación diaria. --Se desconocen antecedentes de patrón urinario y de sudoración.</p>	<p>(00197) Riesgo de motilidad gastrointestinal disfuncional c/d inmovilidad, cambio en la alimentación, diabetes mellitus.</p>

	<p>valoración de diuresis.</p> <p>--Sonda Foley no. 16 Fr. a derivación.</p> <p>--Meato urinario limpio sin datos de infección.</p>	<p>--Adecuados hábitos higiénicos en relación al uso del sanitario.</p>	<p>La presencia de sondas o drenajes de cualquier tipo a nivel urinario aumenta el riesgo de colonización bacteriana.</p>	<p>(00004) Riesgo de infección c/d procedimientos invasivos: sonda foley a derivación.</p>
<p>NECESIDAD DE MOVERSE Y MANTENER BUENA POSTURA</p>	<p>--Se encuentra bajo sedación.</p> <p>-- Postrado en cama</p>	<p>--Antecedentes de sedentarismo.</p> <p>--Sabe cómo realizar ejercicios pero no los tolera (fatiga y sobrepeso).</p>	<p>Esta necesidad no se encontraba satisfecha previo a su hospitalización.</p>	<p>A pesar de la situación del usuario, no existe diagnóstico enfermero, porque se encontraba bajo sedación.</p>
<p>NECESIDAD DE SUEÑO Y DESCANSO</p>	<p>--Se encuentra bajo sedación.</p> <p>-- Escala Campbell en puntuación 0</p>	<p>-- Antecedentes de sueño de 8 horas por la noche. Con siesta de 2 hrs</p> <p>--Duerme con facilidad.</p>	<p>Esta necesidad se encontraba satisfecha previo a su hospitalización.</p>	<p>No denota un diagnóstico de enfermería por que se encuentra bajo sedación</p>

<p>NECESIDAD DE COMUNICACIÓN</p>	<p>Se encuentra bajo sedación.</p>	<p>-Buena comunicación con familiares. -- Últimamente no había tenido buen humor por su situación de salud no ha tenido muy buen humor. -- Necesidades sexuales no cubiertas.</p>	<p>Esta necesidad se encontraba satisfecha previo a su hospitalización.</p>	<p>No denota un diagnóstico de enfermería por que se encuentra bajo sedación.</p>
<p>NECESIDAD DE USAR PRENDAS DE VESTIR</p>	<p>-- Requiere de apoyo para cambio de vestimenta y para aseo diario. -- Aliñado</p>	<p>Previo a su hospitalización era dependiente para realizar esta necesidad.</p>	<p>Por la condición actual el usuario, requiere de apoyo para cubrir esta necesidad.</p>	<p>No denota un diagnóstico de enfermería por que se encuentra bajo sedación.</p>

<p>NECESIDAD DE TERMO-REGULACIÓN</p>	<p>-- Temperatura de 35.6°C -- Hipotérmico -- Piel fría al tacto aumentado en extremidades inferiores. -- Temperatura ambiental de 25°C</p>	<p>--Se adapta fácilmente a cambios de temperatura. --Ropa adecuada a la estación del año. --Cuando las emociones intensas le afectan consume tabaco.</p>	<p>Por la condición actual el usuario, requiere de apoyo para cubrir esta necesidad.</p>	<p>(00006) Hipotermia r/c enfermedad, escapación de la piel en un ambiente frío, temperatura ambiental baja (25°C) m/p piel fría al tacto, taquicardia hipotermia.</p>
<p>NECESIDAD DE HIGIENE Y PROTECCIÓN DE LA PIEL</p>	<p>--Catéter central sin datos de infección -- Heridas quirúrgicas en región de línea</p>	<p>--Se lava los dientes 3 veces al día y se baña con cambio completo de ropa. El lavado</p>	<p>El rompimiento de la primera línea de defensa (piel) ocasionada por Hx Qx la hace vulnerable a una invasión de</p>	<p>(00004) Riesgo de infección c/d ruptura de la primera línea de defensa (procedimientos invasivos: Catéter central, heridas quirúrgicas en línea media externa, 14 cm aprox., Hx. Qx. en MPI. de aprox. 40 cm, sitio de</p>

	<p>media esternal del tórax de aprox. 14 cm. limpia.</p> <p>-- Herida quirúrgica en miembro pélvico izquierdo (MPI) con herida de aprox. 40 cm. de largo esta se encuentra limpia.</p> <p>-- En miembro pélvico derecho (MPD) con sitio de inserción de BIAC limpio</p> <p>--No úlceras ni puntos de presión</p> <p>--Escala de Braden puntuación 7 puntos.</p>	<p>de manos lo practica antes y después de comer, de ir al baño.</p> <p>-- No le gusta depender de otras sus cuidados de higiene personal</p> <p>-- Los hábitos que considera más importantes son lavado de dientes y el baño diario.</p>	<p>microorganismos patógenos.</p> <p>El estar todo el día postrado en cama, condiciona el riesgo de desarrollar úlceras por presión.</p>	<p>inserción de BIAC en MPD), sin datos de infección, defensas primarias inadecuadas tabaquismo, enfermedad crónica (diabetes mellitus, sobrepeso), malnutrición.</p> <p>(00249) Riesgo de úlceras por presión r/c escala Q de Braden de 7 puntos, edema miembros pélvicos, enfermedad cardiovascular, inmovilización física (sedación), tabaquismo.</p>
--	---	---	--	---

<p>NECESIDAD DE EVITAR LOS PELIGROS</p>	<p>-- RASS puntuación de -5 (sedación profunda). -- Barandales elevados</p>	<p>-- Usuario vive solo (divorciado). -- No realiza controles de salud periódicos aun con el conocimiento de sus enfermedades DM y HTA. -- Abandono el tratamiento. -- Tabaquismo positivo -- No lleva a cabo técnicas para mejorar su estado de bienestar.</p>	<p>Esta necesidad se encuentra insatisfecha previo a su hospitalización.</p>	<p>(00155) Riesgo de caídas c/d recuperación quirúrgica postoperatoria, estado neurológico (RASS -5).</p>
--	---	---	--	--

<p>NECESIDAD DE VIVIR SEGÚN SUS VALORES Y CREENCIAS</p>	<p>Se encuentra bajo sedación.</p>	<p>Referencia de familiar: católico, sin pertenecer a grupos sociales ni religiosos.</p>	<p>Esta necesidad se encontraba satisfecha previo a su hospitalización.</p>	<p>No denota un diagnóstico de enfermería por que se encuentra bajo sedación.</p>
<p>NECESIDAD DE TRABAJAR Y REALIZARSE</p>	<p>Se encuentra bajo sedación.</p>	<p>-- Jubilado -- Adecuada remuneración para cubrir necesidades. --Le gusta escribir.</p>	<p>Esta necesidad se encontraba satisfecha previo a su hospitalización.</p>	<p>No denota un diagnóstico de enfermería por que se encuentra bajo sedación.</p>
<p>NECESIDAD DE PARTICIPAR EN ACTIVIDADES RECREATIVAS</p>	<p>Se encuentra bajo sedación.</p>	<p>--Usuario le gusta dormir, ver televisión, leer y visitar a su familia.</p>	<p>Esta necesidad se encontraba satisfecha previo a su hospitalización.</p>	<p>No denota un diagnóstico de enfermería por que se encuentra bajo sedación.</p>

<p>NECESIDAD DE APRENDIZAJE</p>	<p>Se encuentra bajo sedación.</p>	<p>-- Refiere familiar que paciente no tiene discapacidad neurológica o psicológica que afecte el aprendizaje. -No tiene dificultad para aprender. - No tiene apego al tratamiento medico</p>	<p>Esta necesidad se encontraba insatisfecha ya que conocía su enfermedad y tratamiento, pero no tenía apego al mismo.</p>	<p>No denota un diagnóstico de enfermería por que se encuentra bajo sedación.</p>
--	------------------------------------	---	--	---